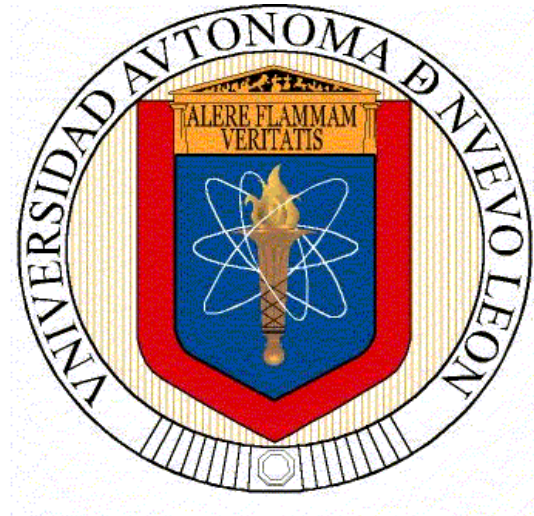


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**PREVALENCIA DE JUEGO PATOLÓGICO
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.**

PRESENTA:

RITA JOSEFINA MARTÍNEZ JÁUREGUI

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

MONTERREY, N. L., MÉXICO, NOVIEMBRE, 2014

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA
SALUD**



**PREVALENCIA DE JUEGO PATOLOGICO
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LIC. RITA JOSEFINA MARTINEZ JAUREGUI

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CIRILO HUMBERTO GARCIA CADENA

MONTERREY, N. L., MEXICO, NOVIEMBRE, 2014



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FaPsi



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Subdirección de Posgrado

RITA JOSEFINA MARTINEZ JAUREGUI
P R E S E N T E.-

Por este conducto se hace de su conocimiento que este Comité, en reunión celebrada el día 18 de diciembre del presente, ha resuelto designar al Director y Revisores del anteproyecto de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud, intitulado "PREVALENCIA DE JUEGO PATOLOGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS".

DIRECTOR DE TESIS: DR. CIRILO H. GARCIA CADENA

REVISOR : MTRO. ENRIQUE GARCIA GARCIA

REVISOR EXTERNO: DR. ADRIAN VALLE DE LA O

Asimismo informamos que los referidos designados tienen un plazo de tres semanas a partir de esta fecha, para entregar por escrito a este Comité, las observaciones y comentarios respecto al anteproyecto.

A partir de lo anterior, se le comunicará por escrito al Tesista la resolución correspondiente de aprobación o rechazo en un término no mayor de 30 días a partir de la recepción rubricada del futuro sustentante.

Sin otro asunto en particular, quedamos de usted,

Atentamente

"Alere Flammas Veritatis"

Monterrey, N. L., a 18 de diciembre del 2013

COMITÉ DE MAESTRIAS DE LA SUBDIRECCION DE POSGRADO

Dr. José Cruz Rodríguez Alcalá

Dr. Víctor M. Padilla Montemayor

Mtro. Enrique García García

Dra. Ma. Concepción Rodríguez Nieto

Dr. Guillermo Vanegas Arrambide

Dr. Eduardo Leal Beltrán

C. c. p. Director de tesis
C. c. p. Revisor
C. c. p. Revisor
C. c. p. Coordinador de la Maestría
C. c. p. Archivo.

Ave. Dr. Carlos Canseco #110 y Dr. Eduardo Aguirre Pequeño
Mitras, Centro, C. P. 64460, Monterrey, N. L.
Tels. (01-81) 8348.0286, 8333-7859, 8333-8222 Ext. 201, Directo y Fax 8348-3781, 8333-6744
www.psicologia.uanl.mx



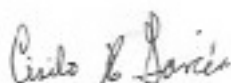
80 AÑOS
DEJANDO HUELLA

Colocar la carta del comité donde se aprueba la presentación de la tesis

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada PREVALENCIA DE JUEGO PATOLOGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS presentada por RITA JOSEFINAMARTINEZ JAUREGUI ha sido aprobada por el comité de tesis.



Dr. Cirilo Humberto Cadena García
Director de tesis



Mtro. Enrique García García
Revisor de tesis



Dr. Adrián Valle de la O.
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Noviembre de 2014

DEDICATORIA

Para quien siempre tuvo la paciencia, el arrojo, la pasión y el talento.

Para quien conociéndose, se replegó ante lo necesario, lo importante.

Para quien perdió, ganando.

AGRADECIMIENTOS

El reconocimiento para todos aquellos que de una forma u otra hicieron posible este anhelo, sin recurrir a sentimentalismos, se antoja imposible. Todos y cada uno de ellos ocupan ya y para siempre, un espacio definitivo.

A las autoridades académicas de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por su generoso soporte a través de las becas otorgadas.

Para el Dr. Armando Peña que perfiló, toda su generosidad y apoyo, en una amistad que espero de larga duración. Para ti, siempre, todo mi reconocimiento y admiración.

Para el Maestro Enrique García que contra sirios y troyanos tuvo que bajar la guardia y permitió que el conocimiento me encontrara.

Para el Dr. Cirilo Cadena por entender mis tiempos y confiar en los resultados.

Para el Dr. Adrián Valle, paciente lector y enjundioso revisor.

Para el Dr. René Landero que a rajatabla, violentó mi zona de confort, resultando en una querencia extraña y entrañable por los números y sus significados.

Para la Dra. Fuensanta López por masacrar mi viejo cerebro con interminables tareas que me acercaron a empujones a temas extraños y apasionantes. Gracias por tu paciencia y apoyo.

Para el Maestro Arnoldo Téllez, por su impecable cátedra y por privilegiar mis dudas, con argumentos conciliadores e incluyentes.

Para mi amigo, el Dr. Ricardo Cerda, quien con su arbitraria generosidad y escandalosa paciencia, me obligó a mejorar resultados y a reconocer la existencia del desinterés en aras del interés y conocimiento académico.

Principalmente, agradezco al Dr. Francisco Velasco, por ser precursor y guía en todo este proceso. Por estar ahí siempre. Por alentarme en los momentos difíciles y creer en mí. Por su solidaridad, valentía y talento.

A mis jóvenes compañeros tanto del grupo de Psicología de la Salud como de Cognición y Neuro, en especial para Arlene, Edgar, Yahaira, Letty, Daniela, Samantha y Luis, que me enseñaron tanto, y quienes pudiendo relacionarme con la mediana, me hicieron moda y con eso, partícipe y cómplice, siempre en un entorno cálido y amigable.

Por todo el apoyo recibido, agradezco enormemente a Julymar, Lucía, Elenita, Marigera, Odilia, Carlos y Gonzalo.

A mis crujientes amigas que siempre me animaron y fortalecieron mi espíritu con su cariño y paciencia.

A mi madre Josefina y a mi hermana Rocío, por ser testigos solidarios y amorosos de un proceso a destiempo que pospuso muchos encuentros.

A mis hijos Claudia, Daniela y Fernando, mis tres regalos de vida, que siempre lograron privilegiar mis intenciones sobre ausencias o retardos y me regalaron paciencia y calidez.

Para mi compañero de viaje, Ignacio, a quien debo mucho de lo que soy y con quien mi deuda nunca decrementa, corelaciona siempre, con un compromiso vital, que nos acerca aún en tiempos difíciles. Con todo mi amor y devoción.

RESUMEN

Luego de 33 años de su reconocimiento como conducta patógena, en México, el fenómeno de la ludopatía o desorden del juego, ha superado las expectativas oficiales y rebasado cualquier propuesta sanitario-asistencial de contención. El factor edad, se ha convertido en una gran preocupación, especialmente en las últimas décadas donde la explosiva evolución de las nuevas tecnologías, permiten la accesibilidad instantánea y anónima a nuevas formas de apostar. Los jóvenes, y en especial los estudiantes universitarios, son considerados grupos vulnerables que presentan una mayor incidencia para el desorden adictivo de apuestas con dinero. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de juego patológico en una muestra representativa de 2,183 estudiantes de 6 universidades del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, México, a quienes les fue aplicado el cuestionario de Juego Patológico South Oaks Gambling Survey (SOGS). Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v20 y con un corte en 4, se evaluó la prevalencia del padecimiento. La muestra, está compuesta por un 46.3% de varones y 53.7% de mujeres, con edad promedio de 20.5 años ($SD=2.45$). Los resultados obtenidos, determinan que un 12.1% y 7.4% de la muestra, categoriza para jugadores problema y patológicos, respectivamente. El 79.8% de los estudiantes, reporta haber realizado apuestas con dinero al menos una vez en su vida, siendo los juegos más practicados, las cartas (44.3%); máquinas recreativas (41.6%); deportes (41.1%); y lotería mexicana (35.9%).

Palabras clave: Juego Patológico, Ludopatía, Prevalencia, Jóvenes universitarios

ABSTRACT

After 33 years of being recognized as pathogenic behavior in Mexico, the phenomenon of problem gambling or gambling disorder, surpassed official expectations and exceeded any health-care proposal for its containment. The age factor has become a major concern, especially in recent decades where the explosive development of new technologies, allows instant and anonymous access to new forms of gambling. Young people, especially college students, are considered vulnerable groups that have shown a higher incidence for this addictive disorder. The aim of this study was to determine the prevalence of pathological gambling in a representative sample of 2,183 students from 6 universities in the metropolitan area of Monterrey, Mexico, which were repeatedly subjected to the South Oaks Gambling Survey (SOGS). The data was processed in SPSS v20 and cut into 4, the prevalence of the disease was then evaluated. The sample is composed of 46.3 % male and 53.7 % female subjects, mean age of 20.5 years (SD = 2.45). The results determine that a 12.1% and 7.4% of the sample was categorized into problem and pathological players, respectively. 79.8 % of students reported having placed bets with money at least once in their life. The most practiced games were cards (44.3%); gaming machines (41.6%); sports (41.1 %); and Mexican lottery (35.9%).

Keywords: Pathological Gambling , Gambling , Prevalence, University students

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I	13
INTRODUCCION.....	13
Definición del problema	16
Justificación de la investigación.....	19
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos	21
Preguntas de investigación.....	21
Limitaciones y delimitaciones	22
CAPITULO II	24
MARCO TEORICO.....	24
Aparición y mantenimiento del juego patológico	24
Factores explicativos	26
Factores predisponentes	27
Factores mantenedores.....	29
Factores de protección	30
Bases conceptuales del juego patológico.....	31
El juego como adicción conductual	32
Subtipos de jugadores	35
Tipos de juegos	36
Fases evolutivas	36
Datos epidemiológicos.....	38
Las apuestas y los jóvenes.....	40
Variables de riesgo analizadas	44
El juego patológico en México	48
Aproximaciones nacionales de prevalencia.....	52
Los universitarios mexicanos. Aproximaciones epidemiológicas	53
1. MODELOS EXPLICATIVOS.....	55
A. Las primeras teorías.....	56
B. El modelo médico.....	58
C. El modelo psicodinámico	60

D. El modelo de aprendizaje social	62
El modelo cognitivo conductual	64
E. Los modelos posteriores.	66
Brown (1986).	66
McCormick y Ramírez (1988).....	66
Blaszczynski y colaboradores (1986).....	67
Comprensivo. De lancu y colaboradores (2008)	67
Dimensional. Welte y colaboradores (2004).....	70
2. EL MODELO DE TRAYECTORIAS.....	71
Introducción	71
Trayectoria 1:.....	72
Trayectoria 2:.....	74
Trayectoria 3.....	77
CAPITULO III	81
METODO.....	81
Participantes	81
Aparatos e instrumentos.....	82
Procedimiento.....	85
Diseño utilizado:.....	85
Recolección de Datos:	85
Análisis de Datos:	86
CAPITULO IV.....	88
RESULTADOS	88
Objetivo específico 1	88
Objetivo específico 2	90
Objetivo específico 3	92
Para la muestra en general.....	92
Para jugadores problema y patológicos.....	99
CAPITULO V.....	108
DISCUSION Y CONCLUSIONES	108
Discusión	108
Limitaciones.....	114
Conclusiones	115
Recomendaciones.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	118
ANEXOS	136

Indice de Tablas y Figuras

Tabla 1: Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-IV (APA, 1994)	32
Tabla 2: Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-5 (APA, 2013).....	34
Tabla 3: Población universitaria en México. Aproximaciones epidemiológicas.....	54
Tabla 4: Teorías explicativas del juego (Wildman, 1997).	58
Tabla 5: aplicación del instrumento de medición (SOGS), por universidad y sexo.	82
Tabla 6 Resultados por género y universidad.	88
Tabla 7 Análisis de confiabilidad de ítems del instrumento aplicado (KR-20)	89
Tabla 8 Frecuencia de respuesta afirmativa para ítems.....	90
Tabla 9 Respuesta por ítem.	91
Tabla 10 Ítems respondidos afirmativamente, recategorizados por tipo de jugador	92
Tabla 11 Edad	92
Tabla 12 Tipo de jugador por género	92
Tabla 13 Reporte de apuestas realizadas	93
Tabla 14 Número de juegos practicados por género.....	94
Tabla 15 Frecuencia en modalidad de apuestas.....	95
Tabla 16 Tipo de jugador por género y universidad	95
Tabla 17 Personas cercanas con problemas de juego.....	97
Tabla 18 Montos erogados por género y evento	98
Tabla 19 Jugadores problema y patológicos por género.....	99
Tabla 20 Jugadores problema y patológicos por grupos de edad	99
Tabla 21 Modalidad de juegos practicados por jugadores problema y patológicos	100
Tabla 22 Tipo de jugador por grupo de edad y género	100
Tabla 23 Dinero gastado en un solo evento, por género y tipo de jugador	101
Tabla 24 Cantidad de juegos practicados por jugadores problema y patológicos, por género	102
Tabla 25 Tipo de jugador por género y universidad	103
Tabla 26 Personas cercanas con problemas de juego, por tipo de jugador y género	104
Tabla 27 Num. personas cercanas con problemas de juego, por género y tipo de jugador	105
Tabla 28 Personas cercanas con problema de juego por tipo de jugador y género	106

Tabla 29.- Universidades categorizadas por costo de cuotas escolares.....	107
Tabla 30 Nivel de cuotas escolares por tipo de jugadores por género.....	107
Figura 1 Cadena de efectos relacionados que configuran problemáticas sociales vinculadas a los juegos de apuestas y casinos.....	52
Figura 2: Trayectoria 1. Modelo integrado de juego patológico (Blaszczynski & Nower, 2002).....	74
Figura 3: Trayectoria 2. Modelo integrado de juego patológico (Blaszczynski & Nower, 2002).....	76
Figura 4: Trayectoria 3. Modelo integrado de juego patológico (Blaszczynski & Nower, 2002).....	80

CAPITULO I

INTRODUCCION

El juego, en cualquiera de sus acepciones, ha ocupado un lugar importante en toda cultura y sociedad. La búsqueda de excitación y el ataque al aburrimiento y la rutina, han sido la base del juego en todos los tiempos (González-Ibáñez, 1997).

La conducta, esencialmente constitutiva del individuo, contiene todos los valores de la vida humana, puesto que es una actividad libre que permite a la persona recrear, exaltar o transfigurar poéticamente la realidad, así como la pasión por la vida y la belleza. En la cultura hispánica, en un solo nombre, indiferenciado y común, están comprendidos diferentes conceptos que en cierto modo pueden llegar a ser antagónicos (juego de apuestas, juego como deporte) y las palabras *juego* y *jugar* mantienen connotaciones lúdicas y recreativas, así como una cierta trascendencia (Barroso, 2003).

El juego forma parte del proceso de maduración y aprendizaje de muchos de los llamados animales superiores, incluídos los seres humanos. Al jugar, se aprende a respetar reglas, a valorar las habilidades del oponente, a revisar y replantear las nuestras, y a superarnos (Ramos-Brieva, 2006). Al mismo tiempo, tiene una relevancia de primer orden en el ámbito social y de ocio, cuya importancia, se remonta a los albores de la civilización (Fontbona, 2008).

El carácter complejo, amplio y multiforme de la naturaleza del juego, hace que resulte extremadamente difícil ofrecer una definición precisa del término y al hacerlo, se estará regido por un contexto determinado (Barroso, 2003). Considerado entonces como una actividad imprescindible en el aprendizaje y desarrollo de habilidades, el juego también es una actividad lúdica que puede incorporar elementos de gran interés como la posibilidad de apostar y el azar.

La acción de apostar puede definirse estrictamente como arriesgar algo de valor (no necesariamente dinero), con la esperanza de obtener a cambio algo mejor (Wilber & Potenza, 2006).

Desde siempre, el hombre se ha sentido atraído por la fortuna y la posibilidad de superar las leyes del azar. A lo largo de los siglos se ha mantenido la afición por las apuestas, variando la permisividad social o legal sobre este hábito (Secades et al., 1998). Jugar no es malo. El problema surge cuando todos estos elementos positivos se trastocan al intervenir el azar y transformarnos en sujetos pasivos (Ramos-Brieva, 2006).

De esta forma, tal como lo señala González-Ibáñez (1997), la conducta de jugar, intrínseca en el hombre e íntimamente relacionada con sensaciones de placer, puede convertirse en una conducta problemática de graves consecuencias, cuando el individuo pierde la libertad de elección y el juego pasa a ser una necesidad prioritaria, con el consiguiente deterioro de su vida individual, familiar y social.

El juego con apuestas se encuentra en un momento de evolución que está transformando una actividad lúdica de la esfera personal, en una empresa de primer nivel, globalizada y con poderosos intereses económicos (Chóliz, 2013).

En conjunto, los juegos de azar constituyen uno de los sectores de la economía legal que más rápido ha crecido en las dos últimas décadas. PricewaterhouseCoopers (2011), estima en 171,040 millones de dólares el mercado de las apuestas a nivel global, para el año 2014.

Ante este panorama, es importante entender que el juego, aún siendo una actividad económica preponderante, puede tener graves consecuencias en la salud y bienestar de los ciudadanos; particularmente en grupos vulnerables como los jóvenes, ya que, como refiere González (2010), se trata de una conducta que puede ocasionar el JP, considerado actualmente como un trastorno adictivo (APA, 2013; Echeburúa, 2010).

Contar con diagnósticos clínicos válidos y fiables debería ser esencial para predecir el curso del trastorno, enfocar adecuadamente el tratamiento, evaluar los resultados de la terapia, y calcular las tasas de prevalencia a efecto de planificar servicios asistenciales o identificar correctamente a los pacientes para las investigaciones clínicas. Sin embargo, los diagnósticos clínicos solo deben emplearse cuando están basados en pruebas científicas y muestran una utilidad clínica (Frances, 2013; Kraemer, Kupfer, Clarke, Narrow y Regier, 2012).

Además de las consecuencias sociales negativas, entre las que se encuentran la adicción al juego, la delincuencia común, la corrupción política y la infiltración de la delincuencia organizada, los juegos de azar plantean graves cuestiones económicas, ya que aparte de su valor recreativo, no crean bienes y servicios y por su propia naturaleza, aumentan la desigualdad del ingreso. Para Samuelson y Nordhaus (2006), la tendencia reciente a legalizar el juego, es que el estado requiere ingresos fiscales y buscando nuevas fuentes, se focaliza en las loterías y casinos para encauzar los vicios privados en aras del interés público y con beneficios directos en la recaudación, vía impuestos.

El crecimiento indiscriminado de salas de apuestas que se registra en México desde hace tres lustros, ha provocado sin duda, consecuencias entre la población. La disponibilidad y accesibilidad que ahora se tiene para realizar juegos de apuesta, mantiene a miles en un caos personal, social y patrimonial, que difícilmente encuentra paliativos preventivos, terapéuticos o rehabilitadores en la oferta sanitario-asistencial que el Estado ofrece.

Conocer el número de personas afectadas por el juego patológico es el primer paso para entender el fenómeno y sus alcances. El presente trabajo recupera el interés del conocimiento epidemiológico relacionado con el juego patológico entre los estudiantes universitarios, y refiere su importancia en el tamaño de la muestra, así como en el número de instituciones de educación superior participantes, que no tiene antecedentes en el estado de Nuevo León.

Definición del problema

Los distintos estudios epidemiológicos en varios países han ido observando un incremento de la patología del juego, paralelo al número de apuestas en el juego legalizado en las últimas décadas.

Este incremento afecta a la población en general, independientemente del sexo, raza, cultura y nivel socioeconómico. Los expertos señalan que el aumento de juegos legalizados, junto con la facilidad para jugar y la publicidad, han repercutido en la incidencia de este trastorno, ya que a más oferta de juego, más oportunidad de jugar y mayor número de jugadores patológicos (Domínguez, 2009).

El juego patológico afecta a cerca del 3% de la población, según un meta-análisis realizado por Stucki (2007) y constituye una problemática que merece la atención desde la óptica de la salud pública (Muñoz-Molina, 2008).

En México, los criterios oficiales que el tema ha merecido, se encuentran en un documento multisectorial, publicado en el año 2013, por la Secretaría de Gobernación (SEGOB), que sienta las bases para la prevención y atención del JP. El documento, alerta sobre los problemas de salud derivados de la apertura en el país de cientos de salas de apuestas; y se promueve la investigación clínica y epidemiológica que genere modelos de prevención y tratamiento.

A pesar de desconocer la incidencia del JP entre la población en general, y los jóvenes en particular, se cuenta con reportes aislados de instituciones que alertan sobre la magnitud de este problema. La Federación Mexicana de Jugadores en Riesgo, AC (FEMEJURI), refiere una prevalencia de alrededor del 5% en las áreas con mayor oferta lúdica, como es el caso de Monterrey, Nuevo León (SEGOB, 2013).

En las prevalencias reportadas para la población en general, destaca una preocupación generalizada por la incidencia que esta problemática tiene entre los jóvenes, quienes ante el señuelo de la emoción, el entretenimiento y

disponibilidad económica relacionada con las apuestas, y la escasa disponibilidad de programas preventivos, los hacen particularmente vulnerables a los riesgos y consecuencias negativas asociadas con los juegos de azar (Messerlian, Derevensky & Gupta, 2005).

Los jóvenes entre 18-25 años, transitan por una etapa donde se desarrolla su propia identidad y sentido de independencia (Arnett, 2000); para muchos, este período donde se asumen responsabilidades de la adultez, implica ingresar a la universidad y, estar en contacto con juegos de azar y apuestas con dinero (Atkinson, Sharp, Schmitz & Yaroslavsky, 2012).

Desde 1974, en que se realizó el primer estudio sobre la prevalencia de juego patológico en población general, el 70% de las investigaciones realizadas hasta fechas recientes, han sido realizadas en Canadá, Estados Unidos y Australia (Domínguez, 2009). Es notoria la ausencia de estudios de prevalencia en muchos países, sobre todo en Latinoamérica, que pueden explicarse por la falta de interés en publicarlos, la existencia de otras prioridades o ausencia de consenso sobre la problemática (Muñoz-Molina, 2008).

La importancia de conocer la prevalencia de juego patológico entre los jóvenes en México, en donde las incidencias reportadas en otros países son hasta de un 10% (Muñoz-Molina, 2008; MacLaren & Best, 2010; Barnes, Welte, Hoffman & Tidwell, 2009), se relaciona con diversos factores, destacando que:

- a) la conducta de riesgo y la búsqueda de riesgos, es un elemento visible que caracteriza a los jóvenes o al menos a una parte de ellos (Becoña, 2002);
- b) la actividad realizada en una edad temprana, potencializa la probabilidad de que salga de control en la adultez (Slutske, Jackson & Sher, 2003);
- c) el 80% de los adolescentes han participado en algún tipo de apuestas (NCR, 1999), lo que deriva en un riesgo potencial en el incremento de la conducta y la problemática relacionada con el juego patológico (Gupta & Derevensky, 1998).
- d) los jóvenes transitan por un *continuo* de riesgo en donde a mayor número

de jugadores “sociales”, mayor la probabilidad de que desarrollen una adicción al juego (Messerlian, Derevensky & Gupta, 2005).

- e) conocer a cuántos sujetos afecta el padecimiento, ayudará a mejorar su comprensión, y orientará programas adecuados de prevención y tratamiento (Domínguez, 2009, Zapata et al., 2011).

Derivado de lo anterior, se plantean interrogantes cómo: ¿Cuántos jóvenes universitarios son afectados actualmente por las consecuencias del juego patológico?; ¿Cuáles son sus características sociodemográficas y psicopatológicas?; ¿Qué semejanza guardan con jóvenes de otros países en circunstancias similares?; ¿Cuáles son sus preferencias o cuánto gastan en esta actividad?; ¿Existen familiares cercanos con la misma problemática?; ¿Cuáles son sus fuentes de ingreso para costear la actividad?

El diagnóstico del JP tiene dos aspectos fundamentales: el clínico, con orientación individual y propósito terapéutico; y el epidemiológico, encaminado a determinar la prevalencia del trastorno e inspirar las políticas públicas sobre el juego (Salinas, 2004).

La evidencia obtenida en otros países, indica que entre 4 y 8% de los jóvenes tienen problemas serios de apuestas, mientras que otro 10-15% están en riesgo (Derevensky & Gupta, 2000).

En México, es insuficiente la investigación relacionada con el juego patológico, por lo que se destaca la importancia de conocer el número de jóvenes universitarios comprometidos con esta conducta patógena. Conocer sus alcances, permitirá orientar el abordaje terapéutico.

En base a estas consideraciones, planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la incidencia de jugadores problema y jugadores patológicos entre los universitarios que constituyen la muestra de la presente investigación, y qué relación guarda con las prevalencias reportadas en otros países?

Justificación de la investigación

La importancia de llevar a cabo estudios de prevalencia que utilicen instrumentos estandarizados que permitan el diagnóstico individual y la sistematización de la información obtenida, demuestra la importancia que algunos autores dan a la promoción de estudios nacionales instrumentados por organismos experimentados en el tema, que permita conocer y establecer de forma precisa, la magnitud del problema de JP (Salinas, 2004).

El juego patológico no es identificado por la población como un verdadero trastorno del comportamiento. Esta falta de conciencia y las dificultades que se presentan en el tratamiento de los jugadores, supone que en la actualidad el JP se considere como uno de los problemas de salud emergentes de mayor calado en nuestra sociedad (Sánchez-Hervás, 2003).

La actitud prevaleciente tanto de gobiernos como de la población en general en relación al juego, indica que la industria continuará su rápida expansión. Apostar ya no es sinónimo de connotaciones negativas o estigmatización, sino una forma legítima de entretenimiento (Messerlian et al., 2005).

Relacionado con el tema, desde hace 25 años, Lesieur y Rosenthal (1991), ya ponían en evidencia que la prevalencia de JP entre estudiantes universitarios era de cuatro a ocho veces mayor que en los adultos (4%-8%). Estudios más actualizados, reportan hasta un 32% de universitarios, con puntajes indicadores de riesgo moderado o problema de juego (Atkinson, et al., 2012).

De igual forma, investigaciones recientes, muestran entre los jóvenes, tasas de prevalencia variadas en otros países: Canadá, 15%; Australia, 1-13%; Dinamarca, 0.8%; Estonia, 3.4%; Finlandia, 2.3%; Alemania, 3%; Gran Bretaña, 2-5%; Islandia, 1.9-3%; Italia, 6%; Lituania, 4-5%; Nueva Zelanda, 3.8-13%; Noruega, 1.8-3.2%; Rumania, 7%; España, .8-4.6% y Suiza, 0.9% (Atkinson et al., 2012; Volberg, Gupta, Griffiths, Olason & Delfabbro, 2010).

En la escasa información empírica que existe en relación a la prevalencia de JP en jóvenes latinoamericanos, se destacan los resultados obtenidos en Colombia y México, donde se reportan prevalencias de probables jugadores patológicos de 13.8% y 32%, respectivamente (Zapata et al., 2011; Ortega, Vázquez & Reild,s.f.).

Lo anterior puede ser explicado por la expansión de un sinnúmero de formas de apostar que se presentan como un gran atractivo para los jóvenes, así como su disponibilidad y accesibilidad (Carpio, 2009). Esto, ha ampliado las consecuencias negativas asociadas con la problemática y debería significar un incentivo para conocer la situación epidemiológica que determina la incidencia del fenómeno entre los jóvenes universitarios.

La percepción generalizada del juego como una forma de entretenimiento sin consecuencias; subestima los enormes riesgos involucrados. Los jóvenes ludópatas, presentan comorbilidades con el abuso de alcohol y otras drogas ilícitas entre 36% (Barnes et al., 2009) y 59% (Westphal, Rush, Steven & Johnson, 2000). Algunos autores estiman que 50%, 30%, y 20% de los adictos al juego, también lo son de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, respectivamente (Sussman, Lisha & Griffiths, 2011).

A lo anterior, habría que agregar que el juego problemático en jóvenes, está asociado con un incremento en conductas antisociales, problemas o rompimiento de relaciones, ausentismo escolar, bajo rendimiento académico así como baja autoestima, depresión, pobres habilidades de afrontamiento y autocuidado e intentos o ideaciones suicidas (Monaghan & Derevensky, 2008; Winters & Anderson, 2000).

Para dimensionar con mayor exactitud las implicaciones de este fenómeno en el contexto nacional, se destaca que en México, existe una población escolar en la educación superior, de 3'449,336 (ANUIES, 2013). En Nuevo León (SEP, 2010-2011), se reportan 149,407 estudiantes que están inscritos en licenciaturas, técnicas superiores y posgrados.

Aún y cuando extrapolando los resultados obtenidos en otros países, se hablaría a nivel nacional de 275,944 universitarios comprometidos con el juego patológico, no existen estudios de prevalencia empíricamente comprobados sobre la incidencia de esta problemática entre los jóvenes mexicanos; por lo que la investigación desarrollada permitirá conocer la situación epidemiológica que fundamentará en el futuro las acciones preventivas o de abordaje terapéutico.

Objetivo general

Determinar cuál es la prevalencia de juego patológico en los jóvenes universitarios y la relación que tiene con variables sociodemográficas y psicopatológicas.

Objetivos específicos

1. Aplicar, el instrumento de screening para juego patológico denominado SOGS, en una muestra representativa de estudiantes de seis universidades del la ciudad de Monterrey y su área metropolitana.
2. Conocer la prevalencia para juego patológico, juego problema y juego social en la muestra.
3. Conocer los principales parámetros de incidencia en términos genéricos, de edad, preferencias, frecuencias, fuentes de financiamiento, montos erogados y antecedentes familiares,

Preguntas de investigación

En base a estas consideraciones, se formulan las siguientes preguntas específicas:

¿Son los estudiantes universitarios mexicanos, al igual que en otros países, un grupo de mayor riesgo de prevalencia del trastorno del juego (TJ), comparado con la población en general?;

¿Cuáles son los porcentajes de jugadores sociales, problemáticos o con criterios diagnósticos para el TJ?;

¿Cuál es el sexo predominante?;

¿Cuál es el rango de edad?;

¿Cuáles son las preferencias en juegos de apuestas con dinero?;

¿Cuánto dinero gastan?;

¿Existen antecedentes familiares?

Limitaciones y delimitaciones

El presente trabajo se ha desarrollado con la participación voluntaria de los alumnos y autoridades académicas de siete centros educativos de enseñanza superior en la ciudad de Monterrey y su zona conurbada. Previamente, se realizaron los enlaces con los responsables de cada una de las universidades involucradas exponiendo las características y alcances del juego patológico así como su repercusión entre los estudiantes universitarios. Se explicaron y ajustaron los procedimientos de aplicación del instrumento. En todos los casos, el proceso fue explicado, supervisado e instrumentado, por maestros y estudiantes voluntarios que apoyaron en la distribución, dudas y recolección de las encuestas. El cuestionario fue cumplimentado en el ciclo escolar 2013-2014.

Tomando en consideración que en ninguno de los centros educativos existían procedimientos similares previos, se les explicó la importancia de iniciar una base de datos con los resultados de esta encuesta para dar seguimiento a la problemática, analizar el comportamiento estadístico e instrumentar un programa preventivo.

Sin embargo, la aplicación simultánea del instrumento para evitar contaminaciones informativas entre los mismos estudiantes, podría no haberse cumplido a cabalidad por la misma ubicación física de las aulas o los

procedimientos autorizados por las autoridades de la institución. Cabe aclarar que esta limitación es propia de las investigaciones no experimentales que se desarrollan en ambientes escolares.

Para proteger la privacidad de sus alumnos y a petición de las propias universidades, los resultados de cada una de ellas serán remitidos a los respectivos responsables y el objeto de la presente tesis se basará en el total de la muestra, en todo caso, identificando a los centros universitarios participantes a través de numerales.

A pesar de no controlar algunos factores como la selección aleatoria de los participantes, el número de encuestas por cada universidad fue determinado por el total de alumnos a través de una calculadora de tamaño de muestras (The Survey System), con un nivel de confianza del 95%, que permite obtener resultados representativos de la población objetivo, con la precisión necesaria.

Se destaca que, en una de las instituciones participantes, se aplicó el instrumento de medición únicamente en una de las facultades, incumpliendo el requisito de orientar la muestra hacia la mayoría de las carreras.

Tomando en consideración que las instituciones participantes integran un amplio rango socioeconómico entre sus estudiantes, quienes acceden a carreras universitarias con orientación en ciencias exactas, sociales y administrativas, así como su ubicación física en diversos puntos de la geografía urbana y conurbada de la ciudad de Monterrey, los alcances de esta investigación se sugieren para el ámbito estatal.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Aparición y mantenimiento del juego patológico

Por qué juega la gente y, sobre todo, por qué algunas personas se convierten en jugadores patológicos, arriesgando grandes cantidades de dinero cuando la probabilidad lógica y matemática va en su contra, presenta un cuadro complejo y multifactorial en su aparición y mantenimiento (Secades et al., 1998). Las características personales y ambientales que rodean al sujeto, modifican la importancia de los factores biológicos, cognitivos, familiares, sociales, y culturales, involucrados (Domínguez, 2007).

La diversidad de factores implicados en la aparición y mantenimiento del juego patológico, van variando en su importancia dependiendo de las características tanto personales como las ambientales que rodean al sujeto. En la mayoría de los trastornos psicológicos, se debe hablar de una multicausalidad, ya que a ningún factor aislado puede atribuírsele el inicio, desarrollo o mantenimiento de este trastorno (Robert & Botella, 1994).

Diversos modelos psicológicos, biológicos y sociales han analizado los factores que pueden causar la ludopatía, mantenerla y al mismo tiempo incluso, contribuir a su desaparición. Contar con una visión global del trastorno sin entrar en ciertas contradicciones, puede resultar complicado, sobre todo porque la mayoría de las teorías realizan una aproximación excesivamente individualizada del problema y dejan de lado circunstancias que pueden ser claves tanto para la comprensión del fenómeno como para el propio tratamiento.

En un breve recorrido histórico sobre las diversas teorías explicativas, se destaca que los psicoanalistas fueron los primeros en intentar explicar el origen

de la ludopatía, señalando el narcisismo como un rasgo de personalidad característico de las personas con el padecimiento (Rosenthal, 1986). Los teóricos conductistas han explicado el desarrollo del trastorno como una conducta aprendida y resultado de un proceso de refuerzo que se constituye por el incentivo económico, cuando menos en sus etapas iniciales (Sánchez-Hevrás, 2003). Sin embargo, existen otros autores que señalan que el verdadero elemento reforzador no es externo, como lo sería el incentivo económico, sino interno, conformado por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central y que una vez experimentado, obligará al jugador patológico a revivirlo (Brown, 1986).

Otros investigadores refieren que lo esencial para explicar el mantenimiento del juego patológico estaría relacionado con el hecho de que una vez establecida la conducta como habitual, cualquier estímulo relacionado (interno o externo), provocará un intenso malestar subjetivo en el individuo, quien para evitarlo, accionaría nuevamente la conducta de juego a pesar de sus consecuencias negativas (Blaszczynski, Wilson & McConaghy, 1986; McConaghy, Armstrong, Blaszczynski & Allock, 1988).

Es importante hacer referencia a los autores que señalan la relevancia que las distorsiones cognitivas tienen en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico. Aquí, el juego fomentaría el desarrollo de pensamientos irracionales así como la ilusión de control por parte del jugador a través de la autopercepción de ser capaz de intervenir o definir resultados favorables.

Las teorías explicativas que integran las aportaciones de los modelos conductuales y cognitivos son en la actualidad las que desde el punto de vista psicológico, presentan un mayor crédito en la explicación de la aparición y mantenimiento del juego patológico (Sánchez-Hevrás, 2003).

Por lo que se refiere al modelo biomédico, se han desarrollado diversas líneas de investigación neurobiológica que intentan conocer los mecanismos etiopatogénicos del padecimiento (Ibáñez, 2001).

Así, encontramos las teorías que suponen la implicación de mecanismos serotoninérgicos (control de los impulsos), dopaminérgicos (ludopatía y trastornos adictivos), alteraciones en el sistema noradrenérgico (el arousal y la búsqueda de sensaciones), y otras hipótesis con implicaciones etiopatogénicas como la que considera la ludopatía como un trastorno del estado de ánimo, o la que la incluye en el espectro obsesivo-compulsivo.

Finalmente, se hace referencia a que en los últimos años, se intenta esclarecer la importancia de algunos factores genéticos como predisponentes en el desarrollo del juego patológico (Sánchez-Hevrás, 2003). Una revisión de los avances en la investigación neurobiológica de las adicciones, indica una combinación de factores genéticos, prenatales, o de desarrollo infantil. La expresión sintomática de un desorden adictivo es entonces iniciado como respuesta al estrés, en la mayoría de los casos en la adolescencia o en la temprana adultez (Goodman, 2009).

Factores explicativos

Según Echeburúa y cols., (2005), las razones por las cuales aparece, se desarrolla y mantiene el JP, puede derivarse de los siguientes factores:

- 1) El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Si una persona es incapaz de diversificar sus intereses o se siente especialmente frustrada en una o varias facetas, puede entonces centrar su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto.
- 2) En algunos casos hay ciertas características de la personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones; la impulsividad; la disforia; la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos como psíquicos; y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas.
- 3) Hay veces, en que en la adicción subyace un problema de personalidad –de baja autoestima, por ejemplo- o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.
- 4) Otras veces se trata de personas que carecen de un afecto consistente y

que intentan llenar esa carencia con sustancias químicas o con conductas. Un sujeto con una personalidad vulnerable, con recursos psicológicos defectuosos, con una cohesión familiar débil y relaciones sociales pobres, corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (fracaso escolar, frustraciones afectivas, etc.) o de vacío existencial (inactividad, aislamiento social, falta de objetivos, etc.)

Factores predisponentes

El supuesto de partida de las teorías de la personalidad es que el jugador patológico tiene una personalidad característica que, en cierta medida, explica su comportamiento anormal y en donde se les atribuye un alto nivel de neuroticidad y de extraversión (Secades et al., 1998). Dentro de los factores personales, se destacan los que poseen aquellas personas que por sus características, utilizan el juego como una vía de escape a sus problemas, tanto de estado de ánimo como de ansiedad, búsqueda de sensaciones, ocupación del tiempo u otro tipo de adicciones (Domínguez, 2007).

Ante la falta de evidencia empírica que confirme la homogeneidad del grupo, el factor de personalidad que más ha destacado es el denominado “búsqueda de sensaciones”, que según Zuckerman (1979), se define como una dimensión de la personalidad, con base biológica, que predispone a los jugadores a buscar experiencias variadas, nuevas o complejas. Estos buscadores de sensaciones, infraestiman el riesgo, persiguen emociones intensas, toleran mal la monotonía y el aburrimiento, y valoran la activación como una experiencia más positiva que el resto de las personas (Secades et al., 1998).

Ochoa y Labrador (1994), afirman que una vez registrada la adicción al juego, es difícil comprender cómo puede mantenerse la conducta a pesar del deterioro familiar, social, laboral y escolar que conlleva. Aunque en el JP pueden darse síntomas fisiológicos de abstinencia y tolerancia (como en cualquier otra

adicción), las razones que explican en mayor medida la persistencia de esta conducta son fundamentalmente psicológicas. Así, el mantenimiento de la conducta de juego se puede explicar a partir de factores predisponentes que predominarán uno sobre el otro dependiendo de las características de cada persona: 1) el valor reforzante del juego, 2) el aumento de la activación psicofisiológica como recompensa, 3) el mecanismo de ejecución conductual, y 4) las alteraciones cognitivas como la ilusión de control y la percepción distorsionada de los resultados del juego.

Algunos factores predisponentes al inicio de la conducta serían:

1. *Factores personales*, que serían aquellas características que posee la persona y que la predisponen a utilizar el juego como vía de escape a sus problemas, tanto aquellos relacionados con el ánimo, ansiedad, búsqueda de sensaciones y ocupación del tiempo, etc. (Becoña, 2007).
 - a) *Características de personalidad*. Se consideraría que los jugadores patológicos tienden a presentar ciertos rasgos que los diferencian, sin embargo, los estudios realizados son contradictorios o poco concluyentes (Secades et al., 1998; Robert & Botella, 1994).
 - b) *Factores biológicos*. En donde se supone que las personas con alteraciones crónicas de la activación psicológica (en donde la activación psicofisiológica se verá influida por la psicológica), son las que corren mayor riesgo de adquirir dependencia (Jacobs, 1986).
 - c) *Factores de aprendizaje*. En donde el factor predisponente parece ser la simple exposición al mismo, así como el aprendizaje a través del modelado por parte de los padres o personas cercanas (Robert & Botella, 1994).
 - d) *Variables cognitivas*. De acuerdo a la Teoría Racional Emotiva de la Adicción o la de Percepción Ilusoria de Control, existen ciertas alternaciones cognitivas que pueden influir o agravar el inicio y mantenimiento de la conducta de juego, al establecer pensamientos irracionales, distorsionados y erróneos que ocasionan que la persona asuma más riesgos y desarrolle una cierta ilusión o percepción de control

sobre el resultado del juego (Echeburúa, 1992).

2. *Factores familiares.* Según la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA, 1995), la disciplina familiar inadecuada, inconsistente o excesivamente permisiva, la exposición al juego durante la adolescencia, la ruptura del hogar, valores familiares apoyados sobre símbolos materiales y/o financieros, la falta de planificación, el despilfarro familiar, etc., pueden ser factores predisponentes para la aparición de la conducta.
3. *Factores socioambientales.* La disponibilidad y fácil acceso al juego, así como la aceptación social, incrementan la prevalencia del juego patológico (Allock, 1986). A medida que la participación en el juego se extiende a la población general, también lo hace la incidencia del juego patológico. Entre los factores de riesgo socioambientales destacan: una pobre interacción social, la facilidad de acceso al juego, una mala situación laboral, jornadas de trabajo prolongadas, cansancio intenso, y los medios de comunicación, que ejercen un poder de persuasión importante sobre la población (Domínguez, 2007).

Factores mantenedores

De acuerdo a Garrido, Jaén y Domínguez (2004), son aquellos que están relacionados con la explicación de porqué una persona sigue jugando a pesar de todas las consecuencias negativas en su entorno. Pueden ser agrupados en cuatro categorías:

1. *Refuerzos positivos y negativos.* En donde el dinero que se puede ganar, la ilusión del éxito, grandeza, etc., actúan como refuerzos positivos y la realización de una o varias conductas para liberarse de algo desagradable o molesto (tristeza, aburrimiento, nerviosismo, etc.), como refuerzos negativos.
2. *Estímulos discriminativos.* Son los que atraen la atención del jugador y favorecen que se produzca la respuesta de juego (sonidos, luces, etc.)
3. *Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales.* Cuando la información es procesada de forma que da lugar a pensamientos erróneos

que al darse por válidos, ocasionan los denominados sesgos cognitivos. Las creencias e ideas irracionales guardarían relación con los distintos sesgos cognitivos que afectan a la percepción del juego:

- a) *Ilusión de control*, que correspondería a las expectativas de éxito personal que se mantienen sin tener en cuenta el azar. En ocasiones, este supuesto control sobre los resultados se ejerce mediante determinados rituales y supersticiones, resultado del “*pensamiento mágico*”.
 - b) *Atribuciones diferenciales*, en función del resultado, en donde se atribuye el éxito a factores internos como la habilidad y el fracaso, a factores externos como la mala suerte o el ruido.
 - c) *El sesgo confirmatorio*, que está relacionado con el hecho de que el jugador privilegia los resultados positivos, mientras que no atiende a los negativos o los justifica, de modo que no afecte su sistema de creencias.
4. *Falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar*. Carecer de estas habilidades (autocontrol, deficiente resolución de problemas, afrontamiento de estrés y en el manejo del dinero), contribuye al aumento de los problemas y la conducta de juego

Factores de protección

Son aquellos que interactuando con los factores predisponentes o de riesgo, impedirían o modularían la conducta de juego desadaptativa (EDIS, 2003), y que algunos estudios relacionan con las normas de conducta en la familia y la escuela, las relaciones satisfactorias, el apego familiar, el apoyo social, la implicación en actividades religiosas, la autoaceptación y la existencia de valores positivos respecto al cuerpo y a la vida (Robles & Martínez, 1999).

Estos factores de protección, pueden a su vez ser agrupados en cuatro bloques (Domínguez, 2007):

1. *Valores alternativos*, como mantenerse al margen de la conducta de juego, tener objetivos claros de lo que se quiere, renuncia de satisfacciones

momentáneas por futuro, etc.

2. *Actividades alternativas*, como participar en actividades sociales, humanitarias, religiosas o deportivas.
3. *Integración familiar*, en donde se destacan los diálogos entre pareja y familia en general, las relaciones familiares satisfactorias, dialogar sobre el riesgo de adicciones y compartir los problemas en casa.
4. *Entorno y prevención de adicciones en general*, y de juego patológico en particular.

Bases conceptuales del juego patológico

A pesar de que desde principios del siglo pasado Freud (1928) ofrece una explicación para esta conducta patógena en un estudio psicoanalítico de *El Jugador* de Dostoyevski, los estudiosos del tema se han enfrentado a serias dificultades para conceptualizarla.

En 1980, el juego patológico es reconocido como una entidad nosológica propia, por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), en el apartado de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (APA, 1980).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba la ludopatía en la CIE-9, la incluyó como una categoría diagnóstica en la revisión de 1992 (CIE-10), lo que supuso el respaldo definitivo de la comunidad científica al reconocimiento de la ludopatía como enfermedad mental (Ibáñez & Sáiz, 2000). En esta clasificación, define el juego patológico como un *Trastorno consistente en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juego de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo* (OMS, 1992).

Posteriormente (1987), la APA modifica los criterios ubicándolos en tres dimensiones generales: 1) daño, 2) pérdida de control, y 3) dependencia, y

reconoce la patología como un trastorno similar a la dependencia a sustancias psicoactivas. En 1991, Rosenthal y Lesieur, presentaron una propuesta descriptiva dentro de la teoría general de las adicciones, lo que influye para recategorizar el padecimiento dentro de Adicciones y Desórdenes Relacionados, en la cuarta edición del DSM (APA, 1994).

Tabla 1: Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-IV (APA, 1994)

Jugador en riesgo, quienes cumplen uno o dos criterios. Jugador problema, si satisface tres o cuatro de los criterios. Jugador patológico, los que cumplen con cinco o más criterios.

-
- 1) Preocupación por el juego o por obtener dinero para jugar.
 - 2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
 - 3) Fracaso repetido de los esfuerzos por controlar, interrumpir o detener el juego.
 - 4) Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
 - 5) El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
 - 6) Después de perder dinero en el juego, se vuelve al otro día para intentar recuperarlo (tratando de *cazar* las propias pérdidas).
 - 7) Se miente a los miembros de la familia, terapeutas y otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
 - 8) Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo y abuso de confianza, para financiar el juego.
 - 9) Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
 - 10) Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
-

El juego como adicción conductual

Si bien el reconocimiento de la patología ha sido cuestionado por su naturaleza y etiología, su definición como adicción no abonaba un camino de entendimiento común. Aún y cuando las similitudes y semejanzas en los criterios diagnósticos de adicciones a sustancias psicoactivas y juego patológico (tolerancia, *craving*, fracasos repetidos para detener la conducta, necesidad de incrementar la frecuencia y cantidad), constituían una fuerte evidencia empírica, algunos investigadores remarcan argumentos que

relacionan el juego patológico con desórdenes cognitivo/conductuales (Ladouceur & Walker, 1996; Goudriaan, Oosterlaan, De Beurs, & Van Den Brink, 2004; Potenza, 2006; Petry & Weinstock, 2007; Derevensky, 2007; Potenza, 2008).

La investigación sobre el modelo conceptual que explique el juego patológico, sigue en proceso y se distinguen tres aproximaciones conceptuales generales: 1) un desorden del control de los impulsos; 2) una adicción; y 3) un desorden obsesivo-compulsivo (Blaszczynski, 1999).

Luego de 14 años de revisión, la APA publica el DSM-V (2013), en donde se expande el capítulo de Desórdenes Relacionados con Sustancias, para incluir el Trastorno del Juego (Gambling Disorder). Los cambios reflejan el incremento y consistencia de la evidencia que sugiere que al apostar, el cerebro activa un sistema de recompensas con efectos similares al uso de sustancias psicoactivas en términos de expresión clínica, comorbilidad, fisiología, y tratamiento. En esta nueva categoría que incluye desórdenes relacionados con el abuso de alcohol y sustancias, el Trastorno del Juego (TJ), se constituye en la única *adicción conductual* reconocida en este grupo (APA, 2013).

El grupo de trabajo del DSM-V justifica los cambios realizados toda vez de evidencia empírica sobre las altas tasas de comorbilidad entre desórdenes psiquiátricos y juego patológico, que se reportan superiores al 96% (Kessler, Hwang, Labrie, Petukhova, et al., 2008), así como del conocimiento derivado de las bases neurobiológicas de la conducta, que sugieren predisposiciones genéticas o rasgos de personalidad, como factores de riesgo que contribuyen a una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas de juego (Goudriaan et al., 2004; Val Holst, Van Den Brink, Veltman, & Goudriaan, 2010).

Los cambios más importantes realizados en esta nueva versión, son: 1) la *eliminación del criterio* de comisión de actos ilegales, toda vez de la baja prevalencia de esta conducta entre las personas con esta patología, 2) la preocupación por apostar ha sido sustituida por una *preocupación frecuente* por

apostar, dejando claro que no es necesario estar obsesionado con este pensamiento para acceder al criterio diagnóstico, 3) se modifica apostar es una forma de escapar de los problemas por: *se apuesta cuando se siente estrés*, 4) en la caza de las pérdidas, se clarifica que éstas deben ser *frecuentes y ejecutadas por períodos prolongados*. Finalmente, es importante destacar que el grupo de trabajo del DSM-V, incorpora señalamientos relacionados con el diagnóstico y la temporalidad, que no existían en la anterior edición del Manual y que permiten optimizar el trastorno del juego: a) un corte a cuatro en lugar de cinco criterios, y b) las conductas deben ocurrir en un período de doce meses (Reilly & Smith, 2013).

Tabla 2: Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-5 (APA, 2013)

El paciente muestra una conducta de juego persistente y recurrente, provocando impedimentos clínicamente significativos o estrés en cuatro (o más) eventos en un período de 12 meses.

- 1) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
 - 2) Inquietud o irritabilidad cuando se intenta reducir o detener el juego.
 - 3) Fracasos repetidos en los esfuerzos para controlar, reducir o detener el juego.
 - 4) Preocupación frecuente por apostar (pensamientos recurrentes de experiencias pasadas, planear la siguiente visita, pensar la forma de obtener dinero para seguir jugando).
 - 5) Jugar cuando se experimentan estados de aflicción (desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
 - 6) Después de haber perdido, regresar con frecuencia al día siguiente, para recuperarse.
 - 7) Mentiras para ocultar el grado de involucramiento en el juego.
 - 8) Haber puesto en peligro o perder relaciones personales, trabajo, oportunidades educativas o laborales, debido al juego.
 - 9) Apoyarse en otras personas para obtener dinero y aliviar la desesperada situación financiera, debido al juego.
-

Las nosologías psiquiátricas tienen diversas ventajas, como son facilitar la comunicación entre profesionales, utilizando un lenguaje común, y unificar los criterios de investigación clínica en los diferentes países. De las dos clasificaciones más difundidas (la CIE-10 y el DSM-5), cada vez más próximas entre sí en sus últimas ediciones, esta última es la más influyente porque cuenta con el respaldo de la poderosa Asociación Americana de Psiquiatría y

porque es más operativa (los criterios diagnósticos son concisos y explícitos) y menos narrativa que la CIE-10. De este modo, los criterios diagnósticos para la selección y evaluación de los pacientes en los ensayos clínicos publicados en las principales revistas, están basados en el DSM, lo que supone una influencia directa para los investigadores clínicos. Por ello, va a ser un referente en la investigación en psiquiatría y psicología clínica en los próximos años (Nemeroff et al., 2013).

Sin embargo, el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014).

Subtipos de jugadores

Algunos autores (Iancu, Lowengrub, Dembinsky, Kotler & Dannon, 2008) han intentado compendiar el conocimiento adquirido sobre el tema en los campos de la neuropatología, comorbilidades psiquiátricas, historia familiar, genética y respuesta al tratamiento medicamentoso. Se sugiere entonces la presencia de tres subtipos predominantes de jugadores patológicos que permiten al mismo tiempo diferenciar sus tratamientos:

a) **Subtipo adictivo** (alrededor del 50-60% de los sujetos con ludopatía). Aquí, el padecimiento se conceptualiza como una conducta adictiva, en donde el aumento de la dopamina yace como mecanismo principal (Saiz & Ibáñez, 1999).

b) **Subtipo impulsivo** (que varía entre 25-35% de los consultantes), lo cual apunta a ver al trastorno como un descontrol de impulsos, lo cual va en relación con dos grandes hipótesis:

-Hipótesis serotoninérgica: debido a que se ha demostrado una disminución del mismo neurotransmisor en pacientes suicidas, reconocidos por su gran impulsividad. Tiene gran apoyo empírico.

-Hipótesis noradrenérgica: la cual tendría que ver con la búsqueda de sensaciones, a fin de disminuir cierto malestar subjetivo inespecífico (Saiz & Ibáñez, 1999).

c) **Subtipo obsesivo-compulsivo** (que apunta al 5-10% de los pacientes). Ésta adquiere poca validez debido a la escasez de información empírica, pero apunta a aquellas personas que buscan mantener cierto control de su vida y de las leyes del azar.

Tipos de juegos

De acuerdo a la descripción realizada por Secades y Villa (1998), existen múltiples tipos de juego, entre los que destacan: 1) *Juego de azar*, en donde no existe posibilidad de control y el resultado final depende de la suerte o la casualidad (bingo, máquinas recreativas, loterías, dados, etc.); 2) *Juego de técnica*, en donde el éxito depende de la destreza, aprendizaje y entrenamiento del jugador (damas, ajedrez, videojuegos, etc.); 3) *Juego combinado de técnica y azar*, donde cierta habilidad por parte del jugador puede influir en el resultado final (cartas, la oca, quinielas, carreras de animales, etc.); y 4) *Juego de competición*, que son organizados por divertimento y donde las personas compiten en igualdad de circunstancias y posibilidades.

Fases evolutivas

En lo que se refiere a los conceptos clásicos del padecimiento, es importante señalar el proceso a través del cual una persona puede convertirse en jugador patológico, en donde según Custer (1984), se producen patrones uniformes de desarrollo y progresión, en tres fases de implicación evolutiva en el juego, y cuyas características y complicaciones son propias y predecibles:

1. *Fase de ganancia*, en donde la llamada *suerte del principiante*, hace creer al jugador luego invertir pequeñas cantidades con éxito, que puede mejorar su situación económica a través del juego. Se produce entonces una importante excitación que genera fuertes expectativas irracionales. En esta fase, la cantidad de dinero invertida aún no es grande, y el juego suele realizarse en compañía de otras personas.
2. *Fase de pérdida*, cuando el optimismo derivado de la fase anterior hace que se incremente la inversión y el tiempo dedicado al juego. Se infravaloran las pérdidas y se centra la atención, selectivamente, en las ganancias. Se empiezan a ocultar pérdidas y a mentir sobre el dinero y el tiempo que se juega. El juego pierde su sentido lúdico y se genera una importante ansiedad en el jugador. En esta fase comienza el deterioro de las relaciones familiares, los problemas sociales y los conflictos en el trabajo, además que suele hacerse la primera petición de ayuda, que no siempre se consolida en un tratamiento, puesto que el jugador sigue creyendo que controla su actividad.
3. *Fase de desesperación*, en donde el juego alcanza su mayor intensidad, se ha apoderado de la vida del jugador y se convierte en su máxima preocupación. Su situación económica es insostenible, los problemas familiares son acuciantes, culpa a los demás por su situación y manifiesta gran tensión emocional, que derivan en nerviosismo, irritabilidad, depresión, trastornos de sueño, alimentación, etc. Se produce un derrumbamiento personal y afectivo (Secades et al., 1998)

Más recientemente, Lesieur y Rosenthal (1991), añadieron al modelo de Custer una cuarta fase denominada de *desesperanza o abandono*, donde los jugadores se plantean su incapacidad para dejar de jugar y perder, convencidos de que cualquier cosa que hagan para intentar impedirlo, será inútil.

Datos epidemiológicos

Al estudiar un problema de salud, es de vital importancia conocer su prevalencia. Saber a cuántos sujetos afecta, y el tipo de población, orientará poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamiento (González-Ibañez, Mora, Gutierrez-Maldonado, Ariza & Lourido-Ferreira, 2005).

Desde la óptica del modelo médico, el juego patológico es crónico, progresivo y tiene una prevalencia de 1% a 3.4% en la población general (Blanco, Ibáñez, Sáiz-Ruiz, Blanco-Jerez & Nuñez, 2000; Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1999; Bisso-Andrade, 2004). Además, como consecuencia de una legalización y promoción globalizada de la actividad durante los últimos treinta años, se ha estimado un 54% de incremento en problemas relacionados con las apuestas (Shaffer et al., 1999). Este incremento afecta a la población en general, independientemente del sexo, raza, cultura y nivel socioeconómico. Los expertos señalan que el aumento de juegos legalizados, junto con la facilidad para jugar y la publicidad, han repercutido en la incidencia de este trastorno, ya que a más oferta de juego, habrá más oportunidad de jugar y por tanto, mayor número de jugadores patológicos (Domínguez, 2009).

Antes de la adultez, el juego patológico afecta en primera instancia a los adolescentes, en donde se reportan prevalencias del 3.4%. Entre los adolescentes, algunos estudios realizados en Canadá reportan que el juego problemático y patológico se ha hecho evidente con índices de 10% a 15% de adolescentes con riesgo de desarrollar problemas de juego y entre 4% y 8% se ha identificado con criterios de juego patológico (Derevensky & Gupta, 2000; Messerlian, Derevensky, & Gupta, 2005); además, existen reportes consistentes que sugieren que las tasas de prevalencia de juego patológico entre adolescentes (4-8%), son mayores que en adultos de la población general (1-3%) (Derevensky, Gupta, Hardoon, Dickson, & Deguire, 2003).

Estudios realizados, indican que jóvenes entre 16-18 años muestran poca estabilidad en su forma de apostar, apreciándose un incremento rápido durante

la transición de la adolescencia a la adultez, donde generalmente estabilizan su forma de apostar, y se determinan los patrones de conducta (en este caso de juego), que serán predominantes (Delfabbro, King & Griffiths, 2013).

En jóvenes adultos, ha sido demostrado que la prevalencia de JP es mayor en estudiantes universitarios, que en cualquier otro grupo de personas (Shaffer et al., 1999). Estudios recientes muestran resultados que van del 5.6% (Shaffer & Hall, 2001), al 15%, según Atkinson y cols. (2012).

Específicamente en lo relacionado a la prevalencia de juego problema en jóvenes inscritos en instituciones de educación superior, y que serán objeto de nuestro estudio, los análisis realizados destacan correlaciones significativas entre edad, género y antecedentes de juego con apuesta, en contextos familiares cercanos (Sacco, Torres, Cunningham-Willimans, Woods & Unick, 2011).

Por las características metodológicas utilizadas y que serán contempladas en la presente investigación, se destacan algunas investigaciones como la llevada a cabo por Villoria (2003), entre 1,707 jóvenes de las universidades madrileñas, que concluye que el 80% de los universitarios juegan dinero con mayor o menor frecuencia, existiendo un 4,5% de probables jugadores patológicos y un 6,6% de jugadores problema.

En años más recientes, se examinaron 2,069 estudiantes universitarios en Escocia, encontrando que el 4% de los encuestados, reunían los criterios para jugadores patológicos y 7,9% responden para jugadores problema (Blaszczynski, Ladouceur & Moodie, 2008).

Por otra parte García y Correa (1998), condujeron el único estudio latinoamericano que es citado ampliamente y cuyos resultados reflejan cifras menores a la tendencia mundial, reportando una prevalencia de 2,7% en juego patológico y del 5% de juego problema.

Las apuestas y los jóvenes

Es importante señalar que la mayoría de los esfuerzos realizados durante los últimos años en materia de investigación del juego patológico, se han dirigido especialmente hacia los adultos, y son relativamente escasos los estudios que incorporan a los jóvenes.

Así, al analizar por un período de 15 años (1984-1999), las tendencias de prevalencia de juego en los jóvenes Jacobs (2000), encontró un incremento del 45% al 66% en la conducta de apostar y de un 10% al 15% de problemas serios relacionados con el juego patológico en este grupo poblacional. Este incremento, tanto en la conducta como en la problemática, coincide con el período de legalización de los juegos de azar en los EUA.

La juventud actual es la primera generación que ha crecido en un entorno en donde apostar es legal, accesible y aceptado socialmente. Los juegos de azar son representados como vehículos seguros para la obtención de importantes beneficios económicos y reconocimiento social (Monaghan, & Deverensky, 2008).

Los estudios realizados sobre el tema, presentan correlaciones significativas entre los estudiantes universitarios y el juego patológico. Destaca la encuesta sobre apuestas realizada en 2001 en los EU con 10,000 estudiantes de 119 universidades, en donde se encontró que el 42% habían apostado durante el año escolar anterior, aunque solamente 2.6% jugaban semanalmente o en más ocasiones, lo que llevó a los autores a concluir que los varones universitarios deberían ser el objetivo principal en los esfuerzos preventivos y de intervención (Labrie, Shaffer, LaPlante & Wechsler, 2003).

Adicionalmente, en un estudio sobre la prevalencia del juego patológico en atletas que se llevó a cabo en los Estados Unidos con 20,739 sujetos, mostró que el 62% de atletas varones y el 43% de mujeres, habían apostado en el año previo; 4.3% de los varones y 0.4% de la mujeres alcanzaron criterios de

jugadores problema o patológicos (Huang, Derevensky, Gupta & Paskus, 2008). Adicionalmente, comorbilidades importantes están relacionadas, destacando el abuso de alcohol y sustancias ilegales entre los jóvenes universitarios (Welte, Barnes, Tidwell & Hoffman, 2008).

Lo expuesto anteriormente señala la importancia de llevar a cabo estudios empíricos o experimentales que analicen la prevalencia y factores predictores de riesgo entre los jóvenes universitarios mexicanos, a fin de relacionar y analizar los factores de riesgo encontrados en otros países para conformar un modelo regionalizado de prevención, atención y/o rehabilitación al jugador patológico.

Estudios recientes han señalado que, aún y cuando la mayoría de los estudiantes no participan en juegos de azar (44-60%), la conducta pierde estabilidad durante el tercer y cuarto año de la universidad, cuando migran de juegos tradicionales (cartas, deportes, etc.) a máquinas recreativas y casinos (Goudriaan et al., 2009); así, este estudio en particular nos alerta sobre importancia de analizar el comportamiento de los jóvenes en los juegos de azar, durante su preparación universitaria ya que, como se ha señalado, la conducta de juego tiende a escalar durante la transición de la adolescencia a la juventud.

En concordancia con los señalamientos hechos por Griffiths y Delfabbro (2001), y en base a los estudios existentes, se pueden identificar una serie de variables sociodemográficas estrechamente relacionadas con el juego: bajo nivel socioeconómico, religión católica, solteros, jóvenes y varones.

Respecto a las explicaciones realizadas sobre la alta frecuencia de JP en relación a las variables mencionadas, prácticamente en su totalidad señalan que dicha relación depende tanto de factores contextuales que determinan la accesibilidad a los juegos de apuesta así como de factores socioculturales, que influyen sobre las actitudes y motivaciones, resultando éstas las más significativas en las preferencias sobre los tipos de juegos.

En cuanto a la edad de inicio del trastorno, Blanco, Hasin, Petry, Stinson y Grant, (2006), encontraron que esta difiere según el género. Así pues, hallaron que la edad de inicio se encuentra en la adolescencia o adultez temprana en los hombres, mientras que en las mujeres la edad de inicio se encuentra en la adultez media. Otros autores refieren que la diferencia de género, define la modalidad de juego a practicar, en el caso de las máquinas recreativas, los hombres prefieren las que referencian estereotipos masculinos como animales (Phillips, 2009).

La intensidad de la exposición a los juegos de apuestas y el tiempo necesario para desarrollar el trastorno son desconocidos; así como el riesgo según los diferentes tipos de juegos como la ruleta, cartas, carreras de caballos o máquinas recreativas.

Se cree que el curso del trastorno es crónico, con períodos alternados de juego y abstinencia, en un contexto general de empeoramiento progresivo (Alegría & Blanco, 2007). Sin embargo, Kessler y cols. (2008), señalan que los hombres además de ser más propensos que las mujeres a jugar alguna vez, son significativamente más proclives que las mujeres, para desarrollar un problema de juego o para escalar de juego problemático a JP.

En síntesis, los efectos que la conducta de juego sin control tiene en la población en general y en los jóvenes en particular, ha sido demostrado en infinidad de investigaciones alrededor del mundo.

Si bien es cierto que al señalar los índices de prevalencia de juego patológico, estos pueden variar dependiendo de la metodología, país o los autores, también lo es que existe una coincidencia absoluta cuando se refieren al impacto en grupos vulnerables, especialmente los jóvenes.

Las hipótesis relacionadas con el involucramiento de los jóvenes en los juegos de azar con dinero, han derivado en numerosos análisis y estudios que los destacan como grupo vulnerable.

En este sentido, investigadores, teóricos y organizaciones, detallan un sinnúmero de conceptos y estimaciones derivadas del análisis empírico, que destacan un elevado incremento del padecimiento cuando la muestra está constituida por sujetos jóvenes, lo que se ha convertido en una gran preocupación, especialmente en las últimas décadas donde la explosiva evolución de las nuevas tecnologías, permiten la accesibilidad instantánea y anónima a nuevas formas de apostar (APA, 2000; Kausch, 2003; Luder & Berchtold, 2010).

Los jóvenes pueden tener acceso a través del internet a cualquier cantidad de juegos, clásicos o modernos, desde máquinas recreativas, loterías y poker, hasta ruleta y videojuegos, en un ambiente sin interrupciones 365/24, y sobre todo sin requisitos geográficos, legales o de edad para apostar (Granero, et. al., 2013).

Estudios recientes estiman que un 42% de los estudiantes universitarios se han involucrado en conductas de juego y que el 2% de ellos, apuestan frecuentemente (LaBrie, Shaffer, LaPlante & Wechsler, 2003), incluso algunos autores, afirman que la incidencia de conductas de juego entre jóvenes universitarios, se ha incrementado significativamente durante los últimos años (Atkinson, Sharp, Schmitz & Yaroslavsky, 2012; Messerlian & Derevensky, 2005; LaBrie, et al., 2003).

Lo anterior puede ser explicado según Arnett (2000), toda vez que durante los años universitarios, una conducta frecuente o excesiva de juego, puede ocasionar severos daños en términos económicos y sociales, derivados del proceso de transición a la vida universitaria que deja a la mayoría de los estudiantes con pocas y precarias fuentes sociales y/o financieras.

Algunos autores refieren que para un estudiante universitario, las consecuencias adversas del juego sin control, pueden derivar en la pérdida de dinero para el pago de colegiaturas, o gastos de manutención; descuido en sus deberes escolares, grados reprobados, privación de descanso por las excesivas jornadas en los casinos, etc. (Stinchfield, Hanson & Olson, 2006).

Otros autores, correlacionan la aprehensión, la preocupación y la inseguridad con el juego patológico. Además, destacan como características de los jóvenes jugadores, la tendencia a criticar y controlar a los otros, timidez social, baja autoestima, preferencia por estar solos, así como relaciones interpersonales poco satisfactorias, que pudieran explicar la acción de apostar como un sustituto inconsciente de carencia de amor y atención de sus padres o miembros del círculo cercano (Chiu & Storm, 2010).

Es por esta razón, que algunos autores refieren la importancia de analizar y examinar los factores de riesgo que pueden constituirse en predictores (características de personalidad, género e historia familiar), a fin de estar en posibilidades de entender el impacto que pudieran tener en la aparición de conductas problemáticas previas al desarrollo de la patología entre los estudiantes universitarios (King, et al., 2010).

Atendiendo además las actitudes y creencias que los jóvenes universitarios tienen en relación a las apuestas, Moore y Ohtsuka (1999) destacan que el 81% aprueban su legalidad; el 67% considera que el juego moderado no es dañino y el 56% manifiesta que apostar es una actividad divertida. En las normas percibidas, el 67% de los estudiantes indicaron que algún miembro de su familia y la mayoría de sus amigos apuestan ocasionalmente y el 58%, que la mayoría de sus amigos aprobaban dicha actividad. Se destaca también que únicamente el 0.9% de los encuestados manifestaron conocimientos sólidos sobre la problemática.

Variables de riesgo analizadas

Para enfatizar sobre la importancia de la variable edad como uno de los factores de riesgo adictivo, se destaca el trabajo de Lesieur (1991), donde se concluye que entre los estudiantes universitarios, el porcentaje de juego problema y patológico, fue de cuatro a ocho veces más alto que el de los adultos.

La investigación desarrollada por Kessler y cols. (2008), destaca que los participantes reportados como jugadores patológicos, apostaron por primera vez mucho antes que quienes no cumplieron el criterio diagnóstico (16.7 años vs. 23.9 años, $z=12.7$, $p < .001$); y el tiempo de transición hacia el juego problema a partir de la primera apuesta fue de 6-7 años para quienes presentaron tres o más síntomas y de 10 años para quienes reportaron 1-2 síntomas de juego patológico.

Además de la edad, y como variable de interés para el estudio en curso, otro factor predictivo de riesgo, es el género. Está ampliamente documentado y correlacionado que el juego patológico es mucho más frecuente en hombres que en mujeres. (Becoña, Miguez & Vázquez, 2001; Huang & Boyer, 2007; King, Abrams & Wilkinson, 2010). Sin embargo, no se han realizado suficientes estudios longitudinales que revelen la evolución del problema para analizar con más detalle tal diferencia de sexos.

Muñoz-Molina (2008), ha señalado la existencia de diferencias significativas al comparar los datos con respecto a la prevalencia entre los hombres, cuya media es de 5.3%, frente a la de las mujeres, cuya media es del 1.3%. En una investigación realizada entre 9,282 sujetos mayores de 18 años Kessler y cols. (2008), señalan que el juego patológico está asociado significativamente con ser joven, varón y de raza negra no-hispánica.

En el año 2012, en un estudio longitudinal (2002-2011) realizado en una universidad americana entre 501 adultos voluntarios que reunían los criterios para juego patológico, se encontró que los varones inician la actividad y presentan el padecimiento a una edad más temprana que las mujeres y que éstas reportan actividad desencadenada principalmente por estados emocionales depresivos (Grant, Chamberlain & Odlaug, 2012).

Así, la variable género se utiliza como predictor de riesgo en el caso de los varones, al establecerse una clara correlación en diversos estudios que destacan una prevalencia de varones sobre mujeres de 7:1 (Becoña & Miguez,

2007), e incluso encuentran una relación mayor, de 9:1 entre estudiantes de diversas universidades madrileñas (Villoria, 2003).

Un estudio más reciente, realizado entre estudiantes universitarios en Italia, reportó que, entre los jóvenes varones, un 55% fueron jugadores frecuentes, mientras que el 71% de las mujeres, fueron categorizadas como jugadores no frecuentes (Donati, Chiesi & Primi, 2013).

La proporción de varones involucrados en patrones de juego patológico, es más alta durante la adultez que durante la adolescencia, lo que es concordante con las teorías que señalan que las apuestas se mantienen más en las preferencias entre los jóvenes varones que entre las jóvenes mujeres (Delfabbro, King & Griffiths, 2013).

En un estudio realizado por Clarke (2003), se señala que el 16% de la muestra, integrada por 171 estudiantes universitarios de primer año, categorizan en jugadores problema/patológicos).

En términos generales, la totalidad de los estudios analizados, destacan prevalencias significativas en los varones universitarios, tomando en consideración que una vez en la adultez, la probabilidad de que se continúen los patrones adictivos, será mucho mayor que en las mujeres, además de que ellos se inclinarán por las apuestas deportivas y ellas por los juegos de casino (Clarke, 2003. Chiu & Storm, 2010).

Relacionado con el tema de las mujeres, algunos autores destacan que las jóvenes jugadoras no están adecuadamente representadas en la mayoría de las muestras estudiadas, y las estrategias de afrontamiento que los varones utilizan en relación al JP, se perciben más eficaces (Bergevin, Gupta, Derevensky & Kaufman, 2006; Nower, Derevensky & Gupta, 2004; Welte, Barnes, Tidwell & Hoffman, 2004).

Asimismo, resulta de interés que en el estudio epidemiológico de Kessler y cols. (2008), se encontró como variables asociadas a inicio y/o persistencia de JP, la

presencia de desórdenes de ansiedad, afectivos y de control de los impulsos, además de los relacionados con el abuso de sustancias.

En un meta-análisis reciente (Lorains, Cowlshaw & Thomas, 2011), se encontró elevada la frecuencia de comorbilidades con JP: dependencia a nicotina (60.1%); desorden o trastorno por uso de sustancias (57.5%); desórdenes afectivos (37.9%); y desórdenes de ansiedad (37.4).

En el mismo tema de las comorbilidades y patologías duales, se ve cada vez con más frecuencia la asociación del consumo de alcohol y el juego patológico entre estudiantes universitarios (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2002; Barnes et al., 2010); el uso de drogas (Martens, Rocha, Cimini, Diaz-Myers, Rivero & Wilfert, 2009; Comings, Saucier & MacMurray, 2000); y estados emocionales negativo, como la depresión (Dussault, Brendgen, Vitaro, Wanner & Tremblay, 2011).

Otra de las variables a considerar en la presente investigación, es la correlación entre el jugador problema y la actividad lúdica con apuestas por parte de su familia cercana.

El juego patológico puede plantearse desde un enfoque de tipo sistémico que contemple las influencias y repercusiones de la conducta e interpretaciones de los sujetos de su entorno. Dicho entorno habitualmente es la familia, el sistema de relaciones humanas en el que se negocian la mayor parte de los significados relevantes para los individuos (García Martínez, 2008).

Se subraya nuevamente que respecto a los antecedentes familiares, son también escasas las investigaciones llevadas a cabo específicamente entre la población universitaria.

En un estudio realizado en España, se encontró que uno de cada diez encuestados consideran que algún familiar sufre este problema. El grupo de probables jugadores patológicos posee un porcentaje muy superior al resto, demostrando una vez más, la relación existente (Villoria, 2003).

El comportamiento ludópata de los padres correlaciona directamente con el comportamiento en el juego de los descendientes y las cogniciones de los padres no se relacionan directamente con el comportamiento de juego de sus hijos/as pero si indirectamente a través de las cogniciones de éstos. Los resultados sugerirían un posible mecanismo de transmisión cognitiva en la familia de una generación a otra (Estévez & Calvete, 2007).

Un estudio posterior realizado en Galicia, los jugadores problema opinaron que sus padres juegan más (12.7%) que los jugadores en riesgo (3.9%) y los no jugadores (1.6%) (Becoña et al., 2007).

Las variables de edad, género y actividad lúdica con apuesta en círculos familiares de los universitarios, se sumará al análisis de su posible involucramiento en el juego problema a través del SOGS (Lesieur & Blume, 1987), que es el instrumento predominante en la evaluación del juego patológico y permite además, identificar personas en situación de riesgo, lo que facilita una intervención preventiva y terapéutica temprana.

El juego patológico en México

El gobierno de México mantuvo una estricta prohibición sobre los juegos de azar durante buena parte del siglo XX. A partir de los años noventa, sin embargo, grupos de empresarios cabildearon para la aprobación de la apertura legal de casinos en México; y no habiendo una legislación clara al respecto se abrieron las primeras salas de apuestas en la modalidad de Bingo y *Books* deportivos.

Lo anterior ha conducido a que, cada vez con mayor frecuencia, vemos a personas de la tercera edad jugando parte de sus pensiones todos los días, parejas que llegan desde la mañana hasta el anochecer, jóvenes que gastan su mesada en unos cuantos minutos, mientras se toman una cerveza y se fuman una cajetilla de cigarros (Sandoval & Richard, 2008).

Al día de hoy, la oferta de juego de azar se ha multiplicado y es, además, relativamente fácil apostar en México. Se apuesta en persona; por teléfono, o

por internet, ya sea en la tienda de la esquina, en salas de juego montadas a todo lujo e incluso hasta en los mercados públicos. Así, repentinamente, el juego se volvió parte del paisaje, de tal modo que ya a nadie le llama particularmente la atención; pasó de ser una actividad estigmatizada a una abiertamente promovida. El perfil tradicional del jugador cambió rápidamente. Cada vez son más las mujeres que encuentran diversión en el mundo de las apuestas, o los ejecutivos y estudiantes que juegan por el internet en casinos virtuales. Inevitablemente, un porcentaje de estas personas va a presentar en un futuro, conductas patológicas graves en su manera de apostar y un porcentaje aún mayor de apostadores, tendrán cierto grado de pérdida de control (Candiani, 2012).

Los gobiernos que reciben ingresos por concepto de impuestos, tasas y servicios, sin la consecuencia política de incrementar las tasas impositivas a sus gobernados, ven en la industria del juego una forma de sanear sus finanzas. Por otra parte, la industria del juego proporciona fuentes de trabajo, y muchas actividades económicas y/o negocios han encontrado en este sector, una forma de mantener su propia viabilidad financiera, (Volberg, 1998).

Todo este complejo entramado, en su conjunto, propicia el que, una vez legalizados los juegos de azar, sea relativamente complicada su erradicación o limitación y que semejante acto pueda ser considerado como de flagrante insanidad que potencialmente podría destruir la fuente del sustento económico de un gran número de personas. Dentro de este contexto, no es de extrañar que exista una confabulación tácita para que el jugador patológico sea ocultado y el juego patológico tratado con apatía y mostrado como insignificante o inexistente (Custer, 1989).

A decir de las autoridades mexicanas, la industria del juego le va ganando la partida al Gobierno Federal. Diversos factores contribuyen: a) existe un descontrol por la inexistencia de una normatividad actualizada, b) ausencia de una política integral, c) falta de coordinación entre autoridades para regular la actividad, y d) escaso personal para hacer supervisiones (SEGOB, 2010).

Respecto a los tratamientos que ofrecen los centros de rehabilitación públicos y privados en México para jugadores patológicos; hay una desarticulación en los servicios que prestan, y en muchos casos, la atención es improvisada, por lo que no se garantiza un apoyo formal para quienes requieren de su atención y servicios (SSA, 2013).

El tema del JP se perfila en México, como un problema de salud pública indebida o escasamente atendido por múltiples razones, entre las que destacamos:

- *Validación oficial de la actividad lúdica con apuestas, al tiempo que se carece de adecuadas estructuras sanitarias de contención (psicoeducativas, preventivas, rehabilitadoras, prevención de recaídas, etc.)*
- *Desconocimiento o falta de interés de los organismos públicos o privados por este problema, lo cual retrasa el análisis, diseño y ejecución de un modelo integral de atención a la problemática,*
- *Importantes intereses económicos que convergen con criterios oficiales desactualizados, que obstaculizarían la elaboración de estadísticas epidemiológicas que describan o detallen tasas de prevalencia e incidencia.*
- *Inexistentes investigaciones que determinen la prevalencia del padecimiento entre la población en general y los jóvenes en particular.*
- *Inexistentes o descoordinadas acciones preventivas o informativas sobre el padecimiento,*
- *Incremento desproporcionado en proximidad y oferta lúdica con apuestas, con crecimiento sostenido desde 2005 y donde se pronostica que el número actual de casinos se duplicará en tres años,*
- *Escasa y deficiente legislación (federal, estatal y municipal) que confunde criterios de responsabilidad e impide redireccionar o transparentar el uso de*

los recursos fiscales obtenidos, hacia labores de investigación, prevención o atención al enfermo y sus familias.

- *Insuficiente número de profesionales de la salud capacitados en el tema,*

Una de las formas de minimizar los problemas que ocasiona el juego ha sido transformar al jugador patológico en un *enfermo* y encomendar su cuidado a profesionales de la salud, como psicólogos o psiquiatras.

Esto, que indudablemente ha tenido sus ventajas al proporcionar ayuda profesional a estas personas, conlleva desplazar la causa del problema de los juegos de azar al individuo afectado, que debe tener alguna propensión o deficiencia por la cual el juego le hace daño.

Así, el jugador ya no tiene la culpa, ni los gobiernos o los dueños de los casinos por permitir y fomentar la actividad, sino que los problemas que ocasiona el juego, al considerarse como enfermedad, vienen a ser accidentes que inevitable y desgraciadamente se dan de vez en cuando (Salinas, 2004)

Como se ha indicado de manera consistente desde hace más de veinte años a través de innumerables estudios epidemiológicos, la legalización del juego es un factor de riesgo de gran importancia (Sánchez-Hervás, 2003).

Las repercusiones que pudieran observarse en la población mexicana tras legalizar los casinos, podrían ser similares a lo sucedido en otros países, como el caso de España en donde la disponibilidad y acceso a juego ha sido, y sigue siendo, uno de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos (Salinas, 2004).

En nuestro país, el costo social de los casinos son los costos de los recursos desviados de otros usos productivos, para lidiar con los problemas sociales causados por las conductas descontroladas en la forma de apostar (Sandoval & Richard, 2008) (Véase Figura 1).

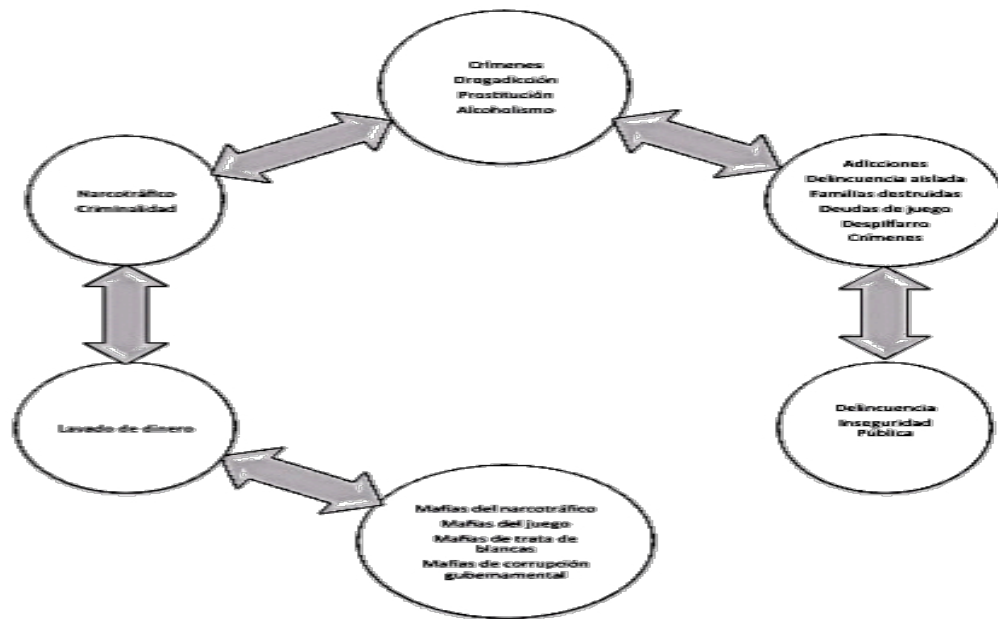


Figura 1 Cadena de efectos relacionados que configuran problemáticas sociales vinculadas a los juegos de apuestas y casinos

Fuente: Casinos: Efectos sociales negativos y ludopatía

Aproximaciones nacionales de prevalencia

El conocimiento de la prevalencia de juego patológico en estudiantes universitarios en Monterrey y sus áreas conurbadas, podría sentar las bases para futuros estudios de prevalencia en la población en general y responder a la necesidad manifiesta de las personas que padecen ludopatía.

En un ejercicio de reflexión, es factible cuantificar la población afectada, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. No existen en Mexico estudios de prevalencia de JP aplicados de acuerdo a los estándares internacionales; existen algunos estudios regionales regionales que sólo confirman las prevalencias medias que han resultado de investigaciones en otros países.

Con base en esto, los estudios más representativos han reportado una prevalencia de JP, entre el 1 y el 3.5% de la población. (Labrador & Becoña, 1994; Legarda, Babio & Abreu, 1992; Hodgins, Stea & Grant, 2011; Ladoceur, 1991; Volberg & Steadman, 1988).

Tomando en consideración que los menores porcentajes corresponden a países que han activado desde hace años sendas estructuras sanitario-asistenciales para prevenir y proteger a sus poblaciones en riesgo, para el caso de México se tomaría como referencia el rango superior, toda vez de las deficiencias señaladas.

2. Se hablaría entonces de 86,511,000 (INEGI, 2010) habitantes en zonas urbanas que derivarían 2,595,330 jugadores patológicos, a lo que tendríamos que sumar una cantidad igual de jugadores problema, que son aquellos que presentan ciertos síntomas y que eventualmente, con el tiempo, cumplirán los criterios diagnósticos de la enfermedad.

Por lo tanto, estaríamos hablando de aproximadamente 5,190,660 personas con problemas relacionados a JP. La cifra tiene otra perspectiva cuando se calcula además, el número de personas que conforman el círculo íntimo del jugador patológico y que son afectadas en mayor o en menor medida, por las conductas que la enfermedad manifiesta (Sandoval & Richard, 2008).

Así, el estimado es de 26 millones de personas que son testigos activos o silenciosos de colapsos emocionales, amorosos, familiares, laborales, escolares, sociales y patrimoniales.

Los universitarios mexicanos. Aproximaciones epidemiológicas

En México, existe una población escolar en la educación superior, de 3'449,336. El Distrito Federal (DF), Edomex, Jalisco, Puebla y Nuevo León, concentran el 50% de esas matrículas (ANUIES, 2013). En Nuevo León (SEP, 2010-2011), hay 149,407 estudiantes inscritos en licenciaturas, técnicas superiores y posgrados.

Siguiendo las características epidemiológicas encontradas en otros países en estudios realizados en jóvenes universitarios entre 2000-2004, en donde fue utilizado el SOGS, como instrumento de medición, se ha reportado una prevalencia entre 4% y 5.3% (Muñoz-Molina, 2008; Sassen, Kraus & Buhringer, 2011) y considerando un 8% de prevalencia para proyectar un posible escenario nacional, se hablaría de: 1) 275,946 estudiantes universitarios a nivel nacional como probables jugadores patológicos, 2) 11,952 estudiantes universitarios en el estado de Nuevo León como probables jugadores patológicos.

Con el objeto de perfilar la dimensión del problema, de acuerdo a Sandoval y Richard (2008), entre familiares, amigos y compañeros de trabajo o escuela, se calcula que hay 6 personas afectadas en el entorno familiar y social del ludópata. Además, numerosas investigaciones, en donde utilizando el mismo instrumento de medición (SOGS), se han encontrado porcentajes similares para jugadores problema y jugadores patológicos (Culleton & Lang, 1984; Sommer, 1988; Volberg & Steadman, 1988; Ladoceur, 1991; Ólason, Skarphedinsson, Jondottir, Mikaelsson & Gretarsson, 2006b; Welte, et al., 2008; Huang, Jacobs, Derevensky, Gupta & Paskus, 2007; Philippe & Vallerand, 2007).

Así, el número estimado de individuos incluídos en el conjunto de personas conformado por jugadores patológicos, jugadores problema y el círculo íntimo afectado, ascendería a 3'311,352 personas, las cuales estarían hoy padeciendo las consecuencias directas del juego descontrolado en los estudiantes universitarios.

Tabla 3: Población universitaria en México. Aproximaciones epidemiológicas.

Población universitaria en México:	3'449,336
Estados concentradores del 50% de la matrícula:	DF, Edomex, Jal, Pue y NL
Población universitaria Nuevo León:	149,407
Prevalencia nacional para jóvenes estimada en 8%:	275,946
Prevalencia estatal para jóvenes estimada en 8%:	11,952
Jugadores patológicos, problema y afectados nivel nacional :	3'311,352

En atención a las tendencias mundiales, podría sugerirse que los jóvenes universitarios mexicanos son altamente susceptibles al padecimiento, toda vez de sus características por grupo de edad, género, la sobreoferta de espacios para apostar, la ausencia de políticas gubernamentales preventivas, una deficitaria planta de profesionales capacitados en personalidades adictógenas, así como la nula legislación que defina esquemas impositivos que privilegien la prevención universal y la atención del padecimiento.

Los estudios de prevalencia reflejan el consenso sobre el problema desde dicha perspectiva. La ausencia de estudios al respecto, particularmente en la región Latinoamericana, constituye un reto y una oportunidad. Determinar la prevalencia de un problema en la población es esencial para el desarrollo de un plan de atención eficiente (Muñoz-Molina, 2008).

1. MODELOS EXPLICATIVOS

El concepto de juego problemático ha pasado por una serie de etapas en las que se ha ido transformando progresivamente. Juego compulsivo, juego excesivo, juego inmoderado, juego patológico, ludopatía, adicción al juego, dependencia al juego, etc., son algunas de las denominaciones existentes que por un lado reflejan las dificultades de clasificación que ha sufrido este trastorno y por el otro, la falta de conceptualización unánime del mismo (Prieto & Cañón, 2007).

Lo anterior ha provocado que cada autor enmarque sus investigaciones en su propio marco conceptual y teórico. Procesos sociológicos, psicológicos y biológicos estarían implicados en la etiología de los problemas de juego (Lesieur & Rosenthal, 1991), sin embargo, aún y cuando existen múltiples modelos que intentan explicar el desarrollo de la conducta, las causas del padecimiento continúan siendo desconocidas (Blaszczynski & Nower, 2002).

El juego puede ocupar una posición marginal o ser considerado potencialmente adictivo en el campo de las adicciones, dependiendo el modelo teórico que se

sostenga: 1) que defienda y enfatice la importancia de la neuroadaptación, la tolerancia, el estado de abstinencia y el alivio de dicho estado en términos de *sustancia, alcohol y drogas* o *dependencia química*, y 2) que se fundamente en aprendizaje social o en procesos centrales, tales como el valor de incentivo positivo, en términos de *consumo de droga* o *consumación de la actividad* (Orford, Morison & Somers, 1997).

Cualquier análisis del desarrollo teórico de la aparición, mantenimiento y desarrollo del juego patológico, debe considerar, de acuerdo a lo que destaca Milosevic (2010), que la literatura relacionada está aún en lo que se denomina como *infancia empírica* y es de suma importancia entender las consistencias entre los diferentes modelos para promover futuras hipótesis que enriquezcan el ámbito de conocimiento del padecimiento. Para seguir una línea de desarrollo histórico de las diferentes teorías, tomaremos la clasificación de Robert y Botella (1994), además de incorporar o detallar modelos que a criterio de la postulante enriquezcan el repaso teórico.

A. Las primeras teorías

1) *La teoría moral*, resume las actitudes mantenidas sobre la adicción al juego antes de que se plantease como una enfermedad, percibiéndolo principalmente como una falta de voluntad o un déficit moral. Esta concepción, en donde los sujetos jugadores no tenían consideración con el sufrimiento que su conducta provocaba, está muy alejada del marco teórico científico, pero aún muy extendida en la población general (Prieto & Cañón, 2000).

2) *Las teorías psicoanalíticas*, que plantean por primera vez este trastorno como una enfermedad e intentaron darle una explicación. Con el estudio que realiza sobre la personalidad de *El Jugador* de Dostoyevsky, Freud (1928), da la pauta para el estudio del juego patológico. Los psicoanalistas creen que el juego es la expresión de una neurosis subyacente relacionada con una agresión en fases psicosociales pregenitales, donde la conducta se orienta a satisfacer

los impulsos eróticos.

Bergler (1957), lo percibe como un deseo inconsciente de perder, un modo de autocastigo, por los impulsos agresivos experimentados hacia el padre. Al ser entendida como una enfermedad psicológica, se aportan las bases para constituir el llamado *modelo médico* del juego problemático. Esta conceptualización fue reforzada con la fundación de la organización Jugadores Anónimos (JA), en Los Ángeles (1957), y con la inclusión del juego en el DSM-III, en 1980 (Prieto & Cañón, 2000).

Es importante destacar que Custer (1984), señala que en el DSM-III se intenta describir al jugador excesivo, pero no se le define. Más recientemente, Rosenthal (1987), sugirió que el juego patológico estaría relacionado con conflictos pre-edípicos. Mecanismos de defensa como la negación y la omnipotencia, ayudan a explicar la naturaleza irracional del jugador, quien cree que puede ganar las apuestas que realiza (Alegría & Blanco, 2007).

3) *La teoría biológica*. Propone que los problemas con los juegos de azar son el resultado de una enfermedad -una condición que una persona *tiene* o *no tiene*-. La teoría indica que el juego compulsivo es progresivo (que seguirá agravándose si el individuo continúa apostando), e irreversible (un jugador compulsivo no será capaz de volver a la fase de no-problemas con el juego). Si el juego es *compulsivo* se evalúa mediante el uso de la AG 20, un cuestionario desarrollado por Jugadores Anónimos (JA).

En este proceso se destaca un frecuente éxito inicial; optimismo irracional de ganar; trastornos psicológicos; *caza* (chasing) de pérdidas y posiblemente compromiso en actividades ilegales para conseguir dinero; intentos fallidos de reducir o suspender la actividad; y, finalmente, tocar fondo. En esta teoría, el juego compulsivo es una condición permanente e irreversible. La única cura es la abstinencia total. Si el jugador rehabilitado tuviera que volver a los juegos de azar, todos los síntomas descritos anteriormente se manifestarían de nuevo.

Tabla 4: Teorías explicativas del juego (Wildman, 1997).

1	<i>Vestigios de un patrón conductual que tenía ciertas ventajas para la evolución de la especie.</i>	Thomas, 1901; France, 1902
2.	<i>Una continuación de ceremonias primitivas (mágicas o religiosas).</i>	Stocking,1931
3.	<i>Una conducta formada y perpetuada por refuerzos intermitentes y otros fenómenos de aprendizaje.</i>	Knapp, 1976.
4.	<i>Por obtener ganancias.</i>	Snyder, 1975.
5.	<i>Las apuestas como un juego (lúdico).</i>	Herman, 1976; Kusyszn, 1990; Smith & Abt, 1984.
6.	<i>Como síntoma de un conflicto psicodinámico.</i>	Freud, 1928.
7.	<i>Enfocado en la socialización y como lubricante social.</i>	Rosecrance, 1988.
8.	<i>Como generador de excitación y estimulación.</i>	Boyd, 1976.

B. El modelo médico

La principal implicación de este modelo para los terapeutas es el requisito predeterminado de la abstinencia como objetivo del tratamiento. Para un jugador compulsivo, cualquier juego enmarcará una recaída que llevará inevitablemente a la ludopatía. El modelo de la enfermedad también aboga por la asistencia a grupos de autoayuda (JA) y el tratamiento de los problemas psicológicos subyacentes pasados u ocultos, a través de la terapia. Los medicamentos también pueden ser utilizados para tratar las compulsiones de juego y el comportamiento impulsivo y los antidepresivos se prescriben para los jugadores que refieren depresión y tendencias suicidas .

Rosecrance (1985-1986), describe los cinco componentes principales del modelo de la enfermedad: 1) Hay un único fenómeno que puede ser etiquetado como *juego compulsivo*; 2) Los jugadores compulsivos (JC) son cualitativamente diferentes de otros jugadores; 3) Los JC pierden gradualmente el control; 4) Los JC son incapaces de dejar de jugar; y 5) El juego compulsivo es una enfermedad progresiva inexorablemente, a través de una serie de etapas.

Este cuerpo de investigación ha estudiado el papel de las ondas cerebrales EEG, los niveles de endorfinas en plasma (vinculado a la excitación), y los desequilibrios químicos del cerebro (Ferris, Wynne & Soltero, 1998). La dirección de esta investigación es tratar de identificar anomalías que podrían diferenciar los jugadores compulsivos de otros jugadores.

Hay dos críticas principales del modelo de la enfermedad. La primera es que el modelo no parece ser capaz de dar cuenta sobre los procesos que desarrollan las personas con problemas de juego no recurrentes, y la segunda crítica es que, con su énfasis en la enfermedad interna o procesos médicos, parece absolver al jugador compulsivo de tomar la responsabilidad del problema. El contra-argumento es que, incluso si el jugador compulsivo no es responsable de tener la enfermedad, si lo es de la adopción de medidas para hacerle frente.

Finalmente, el modelo médico sigue siendo el más referido atendiendo a los aspectos del diagnóstico diferencial de la APA y de la OMS, que distinguen entre jugador sin problemas (social y profesional) y jugador patológico.

“El juego patológico debe distinguirse del juego social y del profesional. El juego social tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el juego profesional los riesgos son limitados y la disciplina es central. Algunos individuos presentan problemas asociados (p.ej., intento de recuperación de pérdidas y pérdidas de control) que no cumplen todos los criterios para el juego patológico” (APA, 2000, p.752).

Sin duda esta clasificación dicotómica (no patológico-social/profesional-vs. patológico), es la más aceptada y compartida, facilitando la comunicación científica. Sin embargo, continúa la polémica sobre su delimitación conceptual y su correcta evaluación, manteniendo la confusión reinante en este campo. Ahora bien, aunque no esté demostrado definitivamente, el concepto de enfermedad puede ser aplicado de forma instrumental como una metáfora útil

que tranquilice y guíe al sujeto en tratamiento (Shaffer, 1985). La enfermedad es un modelo conocido por el sujeto que ofrece algunos principios interesantes, como pueden ser: la esperanza de curación; la necesidad de tratamiento; y un esquema de relaciones terapeuta-paciente (Salinas, 2004).

C. El modelo psicodinámico

Las teorías psicodinámicas fueron las primeras en ofrecer una explicación para el desarrollo del juego patológico. Mecanismos de defensa como la negación y la omnipotencia ayudan a explicar la naturaleza irracional del jugador, quien cree que puede ganar las apuestas que realiza. Desde este punto de vista algunos autores destacan que, uno de los rasgos más característicos del jugador patológico es el narcisismo (Rosenthal, 1987; Alegría & Blanco, 2007).

El modelo psicodinámico propone que los problemas personales, al igual que el juego excesivo, se encuentran dentro de la psique, y son un intento de auto-sanación o una estrategia de resolución de conflictos psíquicos inconscientes. El origen del conflicto está más allá del control voluntario. Impulsado por estos conflictos, el individuo sigue participando en la conducta de juego en un intento fallido para aliviar el dolor psicológico.

Dentro del modelo psicodinámico hay varias teorías para explicar la conducta psicopatológica, incluyendo el juego excesivo: 1) El juego es un sustituto inconsciente durante salidas libidinales/agresivos pregenitales. 2) Apostar implica un deseo inconsciente de perder -un deseo de ser castigado como reacción a la culpa, y 3) El juego es un medio para la continua promulgación (pero no de resolución) de conflictos psicológicos (Griffiths, 1995) .

Rosenthal (1986) también afirmó que la mayoría de los jugadores compulsivos eran narcisista. Tienen sentimientos de inadecuación que conducen a la creación de un mundo de fantasía en el que el juego se ve como la solución a sus problemas. Esta fantasía les permite sentirse importantes, respetados, poderosos e independientes, y de hecho, muchos jugadores reportan tales

sentimientos mientras están *en acción*.

Rosenthal señala que la personalidad narcisista es susceptible a las oscilaciones de la excitación y depresión, y que la conducta de juego es un intento de regular estas oscilaciones. Rosenthal también afirmó que los jugadores están preocupados por la libertad de la responsabilidad, la intimidad y las limitaciones de la conciencia. Los mecanismos de defensa, el equivalente psicodinámico de las habilidades de afrontamiento, se cree que son primitivos en el jugador compulsivo. Los mecanismos de defensa impiden la exploración y la resolución de los conflictos inconscientes, permitiendo que el problema continúe.

Otro tema predominante en la teoría psicodinámica es la pérdida, incluyendo la separación física como la muerte de un ser querido, la pérdida del trabajo, el divorcio; pérdidas emocionales, baja autoestima, o una sensación de inseguridad. El juego compulsivo es visto como una fijación o regresión en el desarrollo psíquico de un niño que está empezando a percibir la pérdida del amor de una madre. Según esta teoría, el juego se utiliza como un sustituto para el amor de la madre.

Los críticos del modelo psicodinámico han señalado que el modelo es más teórico que base científica, ya que conceptos como *psique* y el *inconsciente* son en gran parte no comprobables. Gran parte de la *evidencia* de este modelo se basa en historias de casos individuales y conjeturas (Ferris & Wynne, 1998).

Sin embargo, el modelo psicodinámico ha contribuido al propugnar que los terapeutas entiendan los procesos internos que no se ven, además de centrarse en el comportamiento de juego en sí.

Muchos jugadores pueden de hecho beneficiarse del asesoramiento que explora los temas de la pérdida, la intimidad emocional, y el impulso para crear la fantasía de importancia, el respeto, el poder y el control que a menudo es fundamental para la experiencia de juego. Para algunos jugadores, detener la

conducta puede traer estos conflictos inconscientes a un nivel de conciencia, creando una tensión incómoda que podría ser un factor en la recaída si no se trata.

En contraste con el atribuido carácter teórico del modelo psicodinámico, se han llevado a cabo investigaciones para identificar los factores de personalidad que pueden estar relacionados con problemas con el juego (Ferris et al., 1998). La ludopatía compulsiva se ha relacionado con altas puntuaciones en las medidas de depresión (Blaszczynski & McConaghy, 1988), aunque no está claro si la depresión es la causa o el resultado de problemas con el juego.

Un área interesante de investigación ha sugerido que hay diferentes tipos de rasgos asociados a los diferentes tipos de juegos de azar (Ferris et al., 1998). Por ejemplo, Selzer (1992) señaló que los jugadores de habilidad son más propensos a tener trastornos de la personalidad, mientras que los jugadores de la suerte son más propensos a tener trastornos afectivos.

El valor de los estudios de la personalidad sigue siendo dudoso, y la noción de que los jugadores patológicos tienen un único conjunto de variables o rasgos es demasiado simplista (Knapp & Lech, 1987).

D. El modelo de aprendizaje social

Desde el punto de vista de las teorías del aprendizaje, el juego patológico se explicaría como una conducta aprendida, de forma que con una determinada exposición a las situaciones de juego, todos podríamos llegar a ser jugadores patológicos o compulsivos (Secades et al., 1998). Bandura (1977), señala que las conductas también se adquieren y se mantienen a través del modelado, es decir, por medio de la imitación del comportamiento de otras personas (Irurita, 1996; Secades et al., 1998).

Las teorías del aprendizaje intentan explicar el juego patológico como el resultado de un proceso de reforzamiento. Sin embargo, existe gran desacuerdo en cuanto a la naturaleza del refuerzo. Algunos autores sugieren

que las ganancias ocasionales actúan como un poderoso reforzador intermitente del comportamiento; mientras que otros consideran que la excitación relacionada a las situaciones de juego es el verdadero reforzador o recompensa (Brown, 1986).

Un tercer grupo, pone énfasis en el mecanismo de consolidación del comportamiento (McConaghy, Armstrong, Blazcynski, et al., 1988); De acuerdo a esta teoría, una vez que el comportamiento se vuelve un hábito (Ej. apuestas en juegos de azar), cualquier estímulo asociado con el comportamiento, puede generar en el individuo la necesidad de completar la secuencia (en este caso, apostar).

El fracaso en la culminación de esta secuencia, resultaría en un gran malestar psicológico. Por ello, la evitación del mismo actúa como un reforzador negativo del comportamiento. (Alegría & Blanco, 2007).

El modelo de aprendizaje social ve el juego como conducta operante, sujeto a programas de reforzamiento, que fortalecen la conducta. Inicialmente, los teóricos señalaron al dinero como el refuerzo positivo dominante, pero investigaciones más recientes, han destacado la importancia de las propiedades reforzantes de la activación fisiológica.

Relacionado con este aprendizaje y desde el condicionamiento operante, de acuerdo a las teorías de Skinner (1953), nos encontraríamos tanto con reforzadores positivos como negativos, ambos estimulando la conducta de juego, así como con la inmediatez del refuerzo en determinados juegos, llegando en muchos casos a conductas supersticiosas típicas de los jugadores (Irurita, 1996).

Skinner (1953) argumentó que el comportamiento de juego del individuo está en función de su historial de refuerzo anterior. Se teoriza que una recompensa inicial (suerte del principiante) con los juegos de azar, conduce a una mayor probabilidad de continuidad en el comportamiento, incluso si la relación de

refuerzo disminuyó, es decir, el individuo ganó con menos frecuencia.

Teóricos del aprendizaje social todavía se preguntan por qué las personas afectadas por el problema del juego tienden a persistir incluso cuando hay mínimos refuerzos, es decir, pierden mucho más de lo que ganan.

Dos explicaciones se han sugerido: 1) los programas de refuerzo como el juego, que se produce de manera intermitente, pueden producir una mayor persistencia en la conducta, incluso después de suspender la recompensa. La insistencia en la conducta es lo que realmente hace sentido para el jugador ya que si continúa apostando, podrá finalmente experimentar la victoria. Así, la persistencia de jugar, incluso después de muchas pérdidas, se fortalece por el triunfo esperado (Griffiths, 1995), y 2) el papel de la excitación como un determinante clave de los problemas de juego, incluyendo así los conceptos fisiológicos en el ámbito del modelo de aprendizaje social. Según Brown (1986), los individuos tienen diferentes necesidades de excitación psicofisiológica, y algunos aprenden a usar los juegos de azar para regular estas necesidades. Por lo tanto, sería la excitación, y no el ganar, el reforzador primario de la conducta de juego .

El modelo cognitivo conductual

El modelo cognitivo-conductual es la aplicación más específica del modelo de aprendizaje social. Se basa en la teoría de la conducta inicial (mantenida o suspendida); en principios de aprendizaje (como la imitación, el aprendizaje por observación, programas de refuerzo); y la cognición (cómo el individuo atiende, interpreta, y saca conclusiones acerca de los eventos que suceden a su alrededor).

Según Ferris, Wynne y Single (1998), el modelo cognitivo-conductual descrito por Sharpe y Tarrier (1993) es el mejor desarrollado de los modelos de aprendizaje social. Sharpe y Tarrier propusieron que la conducta de juego se adquiere a través de condicionamiento operante y clásico: la conducta de juego

se ve reforzada a través de una combinación de recompensas financieras y el aumento de los niveles de excitación fisiológica, con lo que el jugador aprende que ganancia será intermitente y a través de la persistencia, logrará acceder a su objetivo. Si el patrón de refuerzo continúa, las asociaciones se pueden formar a través del condicionamiento clásico. El entorno de juegos de azar se asocia con aumento de la excitación (luces, sonidos, servicio), y puede generalizarse a otros estímulos relacionados con el juego.

Existe suficiente evidencia para concluir que los jugadores patológicos han sufrido una distorsión en sus patrones cognitivos, lo que los lleva a sobreestimar las probabilidades de ganar las apuestas que realizan y el significado de sus resultados (Ladouceur, Mayrand & Tourigny, 1987). El ganar las apuestas es interpretado como la confirmación de sus creencias sobre su buena suerte, mientras que el perder es interpretado como un signo de que la *racha* va a cambiar en cualquier momento y que se encuentran a punto de ganar.

Además diversos estudios han demostrado que el jugador patológico posee una memoria sesgada; ya que tiende a recordar más sus ganancias, mientras que olvida sus pérdidas. Los jugadores patológicos no solo sufren de una distorsión en cuanto al número de ganancias o pérdidas sino también en cuanto al tamaño de las mismas, sobreestimando así las primeras y subestimando las segundas (Ladouceur, et al., 1987). Este sesgo en la evocación de la memoria, ayuda a explicar la historia de ganancias iniciales que muchos pacientes reportan haber tenido en las primeras fases del trastorno (Alegría & Blanco, 2007).

La cognición juega un papel importante en el mantenimiento de la conducta. Los jugadores que malinterpretan las causas de victorias y derrotas, y desarrollan un sistema de creencias sobre un éxito seguro en los juegos de azar, se vuelven más susceptibles a la ludopatía. El éxito de una persona para mantenerse al margen de una conducta patógena que puede ser provocada por su exposición a un estímulo condicionado, parece estar relacionada con las habilidades de afrontamiento, es decir, su capacidad para controlar el aumento

de la excitación, analizar las cogniciones distorsionadas, retrasar el refuerzo, y aplicar adecuadas técnicas de resolución (Sharpe & Terrier, 1993).

No obstante, se ha encontrado que los sesgos o distorsiones cognitivas no son suficientes para explicar la génesis del juego, ya que éstas se ponen de manifiesto durante la sesión de juego y no antes. Además, se ha constatado la presencia de distorsiones cognitivas en personas no jugadoras, por lo cual se sugiere que existen otros principios más allá de las teorías cognoscitivas que explican el mantenimiento de la conducta de juego. (Fernández-Alba & Labrador, 2002).

E. Los modelos posteriores.

Brown (1986).

Este modelo presenta una teoría general de juego a través del estudio sobre el arousal y su papel en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. Según este modelo, cuyo análisis es claramente el más amplio y detallado de los modelos de aprendizaje social, las variables intervinientes serían: 1) relaciones internalizadas con el objeto que se fantasea, 2) necesidades psicofisiológicas de arousal, 3) variables cognitivas, 4) factores negativos, 5) patrones de refuerzo conductual, 6) determinantes sociales e institucionales, 7) relaciones significativas con otros, y 8) condiciones socioculturales (Robert & Botella, 1994).

McCormick y Ramírez (1988)

Basado en la teoría de la personalidad. Considera cinco dimensiones predisponentes para el desarrollo de la conducta de juego, y propone un modelo integrador:

- a) Predisposición o vulnerabilidad biológica, transmitida hereditariamente, de la que existe escasa evidencia empírica,

- b) Fracaso en la socialización, entendida como la no adquisición de las

habilidades necesarias para relacionarse de forma adecuada en el medio social, así como desarrollo de actitudes y conductas competitivas en vez de colaboradoras,

c) Contacto con situaciones y eventos estresantes durante las primeras etapas de la vida,

d) Cierta estilo de personalidad y posibles trastornos de la misma, y

e) Contacto reciente con situaciones y eventos estresantes.

Blaszczynski y colaboradores (1986)

En este modelo se destaca que las deficiencias en el nivel de endorfinas-B, podrían predisponer a algunas personas a realizar conductas como las de juego que producen un incremento en el arousal y en los niveles de endorfinas y por consiguiente, el ánimo. Si a esto se le suman factores como una exposición temprana y la disponibilidad, se podrían establecer conductas habituales, siempre en la búsqueda de niveles de arousal óptimos. Conforme avanza el nivel de involucramiento en el juego patológico, el sujeto se encontraría en una circunstancia cíclica poco favorecedora: refuerzos negativos/positivos-establecimiento de nuevos problemas-búsqueda constante del equilibrio o regulación en el nivel de arousal.

Comprensivo. De Iancu y colaboradores (2008)

En este modelo (Iancu, Lowengrub, Dembinsky, Kotler & Dannon, 2008), se intenta compendiar el conocimiento adquirido sobre el tema, en los campos de: a) la neuropatología; b) comorbilidades psiquiátricas; c) historia familiar; d) genética; e) curso de la enfermedad; y f) género y respuesta al tratamiento medicamentoso.

Se sugiere la presencia de tres subtipos (predominantes) de jugadores patológicos que permiten al mismo tiempo, diferenciar los tratamientos:

d) *Subtipo adictivo* (alrededor del 50-60% de los sujetos con ludopatía): Que implica ver a la ludopatía como una conducta adictiva, en donde el aumento de la dopamina yace como mecanismo principal (Saiz & Ibáñez, 1999).

Se ha encontrado evidencia que sugiere que el sistema de dopamina se encuentra asociado con los mecanismos de recompensa. Estos resultados sugieren mayor emisión de dopamina en este tipo de pacientes (Bergh, Eklund, Sodersten & Nordin, 1997). Por otro lado, un hallazgo interesante del estudio realizado por Pérez de Castro, y cols. (1999), indica que el alelo variable del gen receptor de la dopamina D4, que lleva a un funcionamiento más pobre del receptor, se encuentra relacionado con el juego patológico. (Alegría & Blanco, 2007).

e) *Subtipo impulsivo* (que varía entre 25-35% de los consultantes): lo cual apunta a ver al trastorno como un descontrol de impulsos, y se enmarca en dos grandes hipótesis:

. Hipótesis serotoninérgica: debido a que se ha demostrado una disminución del mismo neurotransmisor en pacientes suicidas, reconocidos por su gran impulsividad. Tiene gran apoyo empírico.

Se ha descrito muchas veces el papel que tiene la disfunción del sistema serotoninérgico (5-hidroxitriptamina; 5-HT) en los comportamientos impulsivos como en la piromanía, suicidios violentos y comportamientos agresivos. Moreno, Saiz-Ruiz, López-Ibor & Aliño (1996), administraron clomipramina intravenosa a ocho jugadores patológicos (hombres y mujeres), y a ocho controles de la misma edad y género. En comparación con los controles, los pacientes diagnosticados con juego patológico mostraron bajos niveles de prolactina y respuestas abruptas ante la clomipramina una hora después de la infusión. Esto sugeriría una disminución en la unión del transportador de serotonina en los jugadores patológicos. Por otro lado, estudios genéticos han revelado que trastornos en el gen que codifica para el transportador de serotonina podría contribuir en la patogénesis del juego patológico (Pérez del

Castro, Ibáñez, Saiz-Ruiz, et al., 1999).

. Hipótesis noradrenérgica: la cual tendría que ver con la búsqueda de sensaciones, a fin de disminuir cierto malestar subjetivo inespecífico (Saiz & Ibáñez, 1999).

En diversos estudios se ha sugerido que la noradrenalina (norepinefrina) central, se encuentra implicada en algunas funciones fisiológicas asociadas a la activación psicofisiológica (arousal) y al control de impulsos.

Esta línea de investigación propone como hipótesis una disfunción noradrenérgica en la etiopatogenia de la ludopatía, y tiene su base teórica en los estudios sobre el rasgo *búsqueda de sensaciones* de Zuckerman y el rasgo *extraversión* de Eysenck, basados ambos en la teoría del *arousal*.

Un estudio dirigido por Roy, Adinoff, Roehrich et al. (1988) sugirió que los jugadores patológicos poseen altos niveles de 3-methoxy-4-hidroxifenylglycol (MHPG), principal metabolito de la noradrenalina, en el LCR y el plasma; así como altas medidas de noradrenalina y ácido vanililmandélico en la orina. Esto indica que el sistema noradrenérgico, al afectar la activación psicofisiológica (arousal), puede jugar un rol importante en la patofisiología del juego patológico.

f) *Subtipo obsesivo-compulsivo* (que apunta al 5-10% de los pacientes): Ésta adquiere poca validez debido a la escasez de información empírica, pero apunta a aquellas personas que buscan mantener cierto control de su vida y de las leyes del azar.

Esta distinción permite reconocer que el tratamiento a seguir será distinto, enfocado a diversas problemáticas (tales como el tipo de fármaco por el cual comenzar, tipo de comorbilidades o patologías asociadas a tratar, e incluso el peso de las cogniciones asociadas). Asimismo, es importante destacar la gran carga genética de este trastorno: un 20% en familiares de primer grado y 35% en familiares de segundo grado (Saiz & Ibáñez, 1999).

Dimensional. Welte y colaboradores (2004)

La controversia existente entre los diferentes grados en la forma de jugar se acentúa por la falta de acuerdo entre el modelo médico y los denominados modelos dimensionales, por huir estos últimos de las posturas dicotómicas del primero, en cuanto a la inclusión o exclusión prototípica.

Desde esta postura, las distintas tipologías serían sustituidas por un continuo que abarca desde la ausencia de juego hasta el juego patológico. Esta definición gradiente vendría a determinar la posición que cada sujeto ocupa en esta distribución (Prieto & Cañón, 2000). Esta misma opinión la comparten otros autores que consideran inadecuado el modelo médico a la hora de establecer tipos de jugadores (Blaszczynski et al., 1988).

También, Shaffer y cols. (1999) se acogen a este modelo diferenciando tres grados de severidad según las consecuencias del juego. Otro análogo punto de vista es el de Welte y cols. (2004), que establecen hasta 15 tipos de jugadores según tres aspectos de notable trascendencia (conducta de juego, trastornos asociados y factores sociodemográficos). En cuanto a la conducta, tras un estudio con 2,631 sujetos, estos autores consideran la frecuencia como el mejor índice para establecer tipologías, seguido por la intensidad. A estos dos predictores, se suma una tercera dimensión, el número de juegos practicados habitualmente.

Además de los modelos explicativos que han sido utilizados para soportar teóricamente la adicción al juego y que fueron detallados anteriormente, se destaca que existe un modelo heurístico adicional que intenta explicar las causas de los desórdenes en la forma de apostar: el modelo de trayectorias, que contempla especificaciones que se adecúan a los criterios del postulante, por lo que se elegirá como marco teórico.

2. EL MODELO DE TRAYECTORIAS

Introducción

Los autores de este modelo (Blaszczynski & Nower 2002), observaron que, a pesar de la labor realizada por los investigadores, un modelo teórico que integrara factores biológicos, psicológicos y ecológicos, era deficiente. Se propusieron trabajar en un marco conceptual coherente, empíricamente validado, para explicar la etiología del trastorno. Los autores hacen hincapié en la importancia de los síntomas de la depresión, el consumo de sustancias, la impulsividad y las conductas antisociales que a menudo se observan en los jugadores patológicos, y sugirieron que la mayoría de las tipologías existentes de los jugadores, habían fallado al homogeneizar los grupos de jugadores basados en la etiología, la psicopatología y personalidad.

Blaszczynski y Nower postularon un modelo preliminar, que se conoce como el modelo de trayectorias del juego patológico; un marco teórico conciso, multifactorial y que ha sido referenciado en la literatura disponible. El modelo sugiere que hay tres vías principales, que conducen al desarrollo del juego patológico:

- a) factores específicos de vulnerabilidad,
- b) las características demográficas, y
- c) los procesos etiológicos

El modelo propone que todos los jugadores, independientemente de la vía, apuestan en parte debido a: a) determinantes ambientales; b) condicionamiento operante y clásico; y c) los procesos cognitivos que resultan en las creencias erróneas relacionadas con la habilidad personal y la probabilidad. Cada uno de estos factores ha sido confirmada por estudios recientes (Gerstein et al, 1999;. Kassinove y Schare, 2001; Moore & Ohtsuka, 1999; Wulfert, Roland, Hartley, Wang, y Franco, 2005). Blaszczynski y Nower (2002).

Así, los autores distinguen varios subtipos de jugadores en tres tipos de trayectorias:

Trayectoria 1:

Los jugadores conductualmente condicionados que son aquellos que pueden abusar del alcohol y mostrar niveles elevados de depresión y/o ansiedad por la carga financiera derivada de su forma de jugar, sin que estas condiciones sean la causa de su conducta. Este subtipo se asocia con la práctica de juegos de azar menos severa y por tanto, dificultades manejables relacionadas con el juego. Estos individuos no muestran signos de mayor psicopatología premórbida, el abuso de sustancias, impulsividad o conductas antisociales.

Los principios de la teoría del aprendizaje y los procesos cognitivos, juegan un papel decisivo en el fomento de la pérdida de control en los jugadores patológicos.

En el subconjunto de los *jugadores conductualmente condicionados*, se argumenta que en ocasiones, pueden cumplir con los criterios formales para el juego patológico, además de caracterizarse por la ausencia específica, de cualquier rasgo premórbido de la psicopatología.

Esencialmente, estos jugadores fluctúan entre episodios de juego regular/pesado y excesivo, derivado de los efectos del condicionamiento, cogniciones distorsionadas relacionadas con la probabilidad de ganar, juicios erróneos, toma de decisiones deficitaria y por deterioro en el control de sus impulsos (Blaszczynski & Nower, 2002).

Como se demuestra en la figura. 1, los miembros de este subgrupo pueden estar preocupados por el juego; participar en la *caza*, de pérdidas o ganancias; abusar del alcohol; y mostrar altos niveles de depresión y ansiedad en respuesta a la carga financiera impuesta por su comportamiento.

Lo más importante, estos síntomas son la consecuencia y no la causa de los patrones de reiterada conducta de juego excesivo.

Ubicarse en este subgrupo puede ocurrir a cualquier edad y será precipitada por la exposición a los juegos de azar, y/o la influencia de miembros de la familia o grupos de pares.

En este subgrupo el impacto de las consecuencias de los juegos de azar es menos severa y las dificultades encontradas difieren significativamente de los otros dos subgrupos, ya que no manifiestan signos de mayor psicopatología premórbida, abuso de sustancias, impulsividad, conductas erráticas o desorganización.

El perfil de este subgrupo, que muestra niveles mínimos de psicopatologías, es similar a las características del *grupo uno* que define González-Ibáñez y colaboradores (1999), en un estudio derivado de una muestra de 60 jugadores de máquinas de frutas (fruit machine), y el de *jugadores controlados* que señala Blaszczynski (1988) en su aportación sobre el tratamiento del juego patológico.

Este subgrupo, situado en el extremo inferior de la dimensión patológica, como ya se ha mencionado, fluctúa entre el juego excesivo y problemático, muestra motivación positiva para recibir tratamiento, cumplimenta adecuadamente las instrucciones del terapeuta y puede restablecer exitosamente niveles controlados de juego luego del tratamiento. Por lo anterior, se destaca que asesoramientos terapéuticos de mínima intervención, pueden beneficiar exitosamente estos individuos.

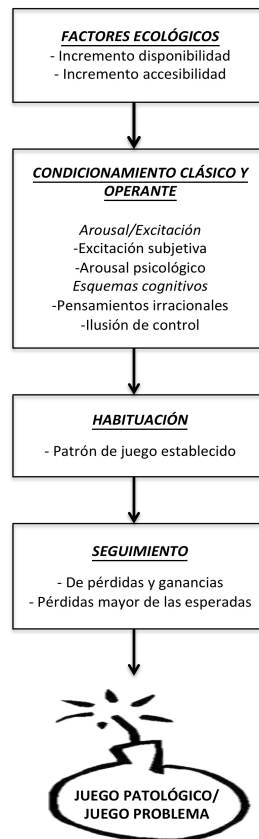


Figura 2: Trayectoria 1. Modelo integrado de juego patológico (Blaszczynski & Nower, 2002).

Trayectoria 2:

Los jugadores emocionalmente vulnerables, exhiben idénticas determinantes ecológicas, procesos de condicionamiento y esquemas cognitivos sobre el juego, que los jugadores de la trayectoria 1.

Este subgrupo además, presenta depresión premórbida y/o ansiedad; un historial de afrontamiento inadecuado y deficientes habilidades en la resolución de problemas; experiencias negativas en el entorno familiar, en su proceso de desarrollo o en determinados eventos a lo largo de su vida.

En la figura 2, se muestra cómo estos factores contribuyen a conformar un proceso acumulativo que produce lo que se denomina un *jugador emocionalmente vulnerable*, cuya participación en los juegos de azar estaría motivado por el deseo de modular estados afectivos y/o satisfacer determinadas necesidades psicológicas.

En la teoría general de adicciones, Jacobs (1986), postula que ciertas características de personalidad, así como eventos vividos por el sujeto, interactúan con estados psicológicos de búsqueda de sensaciones (arousal) y se convierten en factores de influencia para el desarrollo de problemas de juego patológico.

Este subgrupo estaría relacionado con altos niveles de sociopatologías, en particular con estados depresivos, ansiedad y dependencia al alcohol. Las mujeres muestran una preferencia por juego que requieren mínimas habilidades, como las máquinas recreativas, y los varones prefieren las apuestas en mesas de juego y deportes, que generan mayores niveles de excitación (Blaszczynski & Nower, 2002).

En las investigaciones realizadas por González-Ibáñez y cols. (1999), lo que se denomina *grupo 2*, provee evidencia que soporta el subgrupo de jugadores emocionalmente vulnerables, que ocupa una posición intermedia entre el grupo que presenta síntomas de menor severidad y el grupo más disfuncional que sería el llamado *grupo 3*.

De la misma manera, la estructura factorial reportada por Steel y Blaszczynsky (1996), identifica un grupo, integrado mayormente por mujeres que reportan altos puntajes en estrés, antecedentes de episodios depresivos, intentos suicidas y un historial de eventos psiquiátricos en la familia. Comparado con el grupo de varones, las mujeres jugadoras son de mayor edad e indican una marcada preferencia por las máquinas recreativas, aún y cuando su puntaje del SOGS fuera idéntico que el de los varones. Además, refieren altos niveles de impulsividad aunque relacionado con las deudas financieras, las mujeres reportan problemáticas menores.

La figura 2 ilustra las diferencias básicas entre la primera y segunda trayectoria o vía. La vía 1, muestra jugadores que inicialmente realizan la conducta en términos de entretenimiento o socialización, que es facilitado por el fácil acceso y la disponibilidad de las salas de juego.

En la vía 2, la de los jugadores vulnerables emocionalmente, integra sujetos que activan la conducta como resultado de factores psicosociales y biológicos y cuando menos en el inicio, como un alivio a estados de carencia afectiva.

Una vez iniciado, un patrón habitual de juego, resulta en un condicionamiento conductual y dependencia para los jugadores de ambas trayectorias o vías. Sin embargo, la disfunción psicológica en la vía 2, hace que este grupo de jugadores sea más resistente al cambio y requiera tratamiento que tome en consideración además de la conducta de juego, las vulnerabilidades psicológicas subyacentes (Blaszczynski & Nower, 2002).

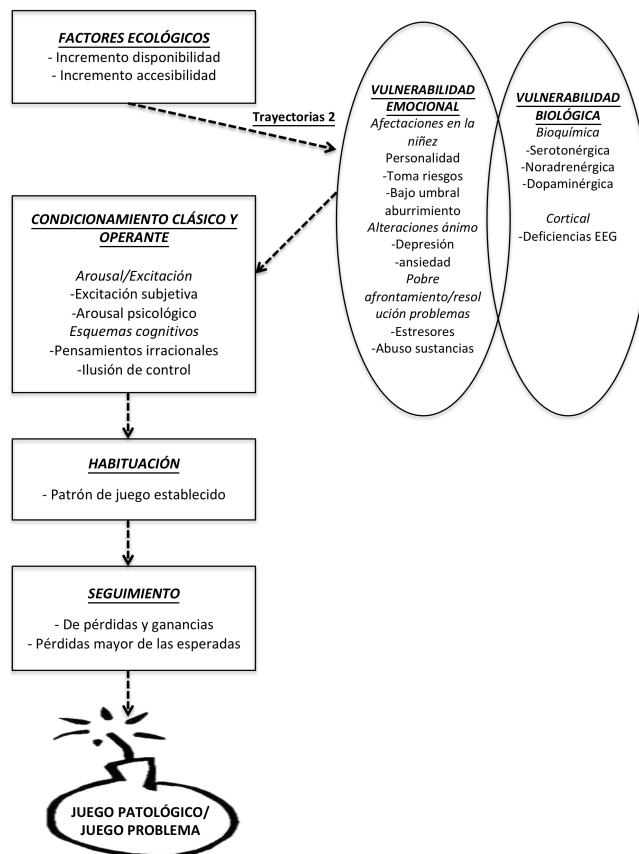


Figura 3: Trayectoria 2. Modelo integrado de juego patológico (Blaszczynski & Nower, 2002).

Trayectoria 3.

Finalmente, los jugadores impulsivos y antisociales se consideran el subtipo más psicopatológico y exhiben alteraciones psicológicas. Se caracterizan por signos de potencial de disfunción neurológica o neuroquímica.

Estos jugadores se distinguen de los jugadores emocionalmente vulnerables por rasgos de impulsividad, trastorno de la personalidad antisocial, y déficit de atención. Los jugadores impulsivos y antisociales reportan una amplia gama de problemas de conducta, independientemente de su juego, incluyendo el exceso de alcohol y la experimentación de varias drogas, tendencias suicidas, irritabilidad, baja tolerancia para el aburrimiento y conductas delictivas.

El juego de impulsivos-antisociales, comienza a una edad temprana, alcanza niveles muy graves, y se asocia con la pronta entrada en actividades criminales relacionados con el juego. (Milosevic, 2010).

Este tercer subgrupo de jugadores patológicos describe a individuos seriamente perturbados con interferencias psicosociales sustanciales y caracterizados por síntomas sugerentes de disfunciones neurológicas o neuroquímicas.

La práctica de juegos de azar en los jugadores emocionalmente vulnerables "está motivada en gran medida por el deseo de regular los estados de ánimo disfórico y/o para satisfacer las necesidades psicológicas específicas. Ellos tienen niveles elevados de la psicopatología, en particular la depresión, la ansiedad y dependencia al alcohol.

En forma similar a los jugadores de la vía 2, los jugadores impulsivos y antisociales presentan vulnerabilidades biológicas y psicosociales. Adicionalmente, y como se muestra en la figura 3, este grupo se distingue por sus desórdenes en el control de los impulsos; una personalidad antisocial (Steel & Blaszczynski 1996; Blaszczynski et al. 1997) y déficit de atención (Rugle & Melamed 1993), que se manifiestan en múltiples y severas conductas

desadaptativas e impulsivas que afectan el nivel de funcionalidad psicosocial de estos sujetos.

Clínicamente, los jugadores con antecedentes de impulsividad, muestran una amplia gama de problemas conductuales, independientemente de la conducta de juego, como podría ser el abuso de sustancias, tendencias suicidas, irritabilidad, baja tolerancia al aburrimiento y conductas criminales. En un proceso interactivo, los efectos de alta impulsividad y la presencia de emociones negativas, son agravados cuando existen circunstancias tensionantes para el individuo.

Este subgrupo se caracteriza por el abuso de alcohol, experimentación con varias sustancias psicoactivas, pobres relaciones interpersonales, episodios criminales que no están relacionados con el juego y antecedentes de conductas antisociales. La actividad inicia en edades tempranas y rápidamente escala en intensidad y severidad; pueden ocurrir episodios de remisión, relacionados con una cronicidad de la conducta patógena y asociada con episodios de actividades delincuenciales asociadas con las apuestas.

Estos jugadores son menos susceptibles a buscar tratamiento, tienen bajas tasas de cumplimiento y su respuesta a cualquier forma de intervención o tratamiento es negativa. Blaszczynski et al. (1997) han categorizada a estos jugadores en un subtipo denominado *impulsivos antisociales*.

El soporte empírico para esta clasificación clínica puede ser obtenida de los resultados de la investigación que analiza la relación entre impulsividad, rasgos antisociales y juego, en una muestra de 115 jugadores. El estudio, correlaciona positivamente los niveles del estrés psicológico con la impulsividad y las conductas antisociales (Steel & Blaszczynski 1996).

Los hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por McCormick (1994) que señala que los jugadores con una situación comórbida de abuso de sustancias, fueron más impulsivos y manifestaron mayores niveles de

problemas afectivos que aquellos que únicamente se categorizaron en abuso de sustancias.

Como en los dos subtipos anteriores, estos jugadores son los que Gonzalez-Ibáñez (1999) denomina grupo 3 y son aquellos que presentan características similares: problemas significativos relacionados con el juego, impulsividad, búsqueda de riesgo y aventura, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.

Petry (2001), encontró una asociación significativa entre impulsividad, abuso de sustancias y juego patológico. Rggle y Melamed (1993), realizaron pruebas neuropsicológicas de déficit de atención a una muestra de 33 jugadores varones y a una muestra similar de sujetos sin el padecimiento. Las diferencias significativas entre los grupos, relacionadas con las funciones ejecutivas, llevaron a los autores a concluir que antecedentes de hiperactividad, destructibilidad y dificultad para alejarse de conductas problemáticas, fueron fundamentales para diferenciar a los jugadores patológicos del grupo control.

Por su parte Rggle y Melamed (1993), concluyeron que existe soporte para la hipótesis de que al menos los síntomas relacionados con el déficit de atención y que se refleja en conductas impulsivas, están presentes durante la infancia y predicen una conducta patológica en relación al juego. Esta vulnerabilidad biológica debilita el control de las conductas no solamente en relación al juego sino en otras ámbitos de acción del individuo.

Esto soporta la hipótesis de que la impulsividad precede a la patología y es independiente del juego, además de que funciona como un buen predictor de la severidad en el involucramiento en este último subgrupo de jugadores.

En síntesis, la Figura 4 ilustra el modelo de trayectorias integrado, en donde los problemas de juego incian debido a factores ecológicos y evolucionan a través de de uno de las tres diferentes trayectorias, para finalmente converger en el nivel de condicionamiento clásico y operante que incluye habituación, chasing, conductas de problemas y patologías relacionadas con el juego.

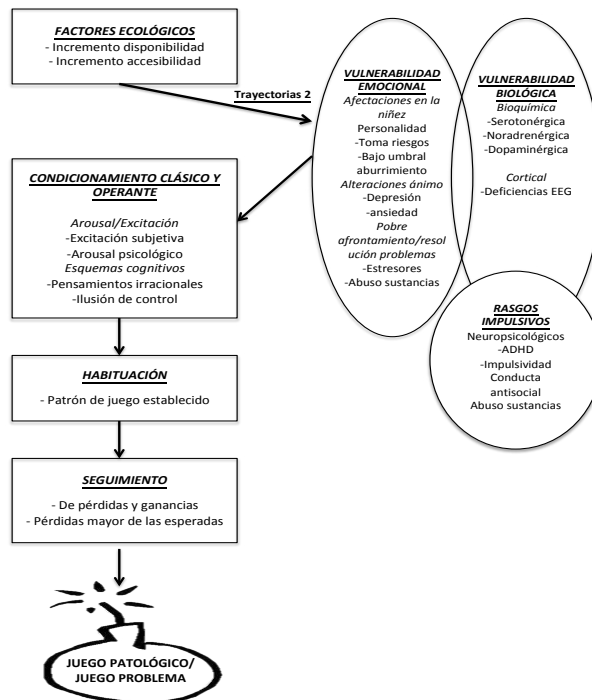


Figura 4: Trayectoria 3. Modelo integrado de juego patológico (Blaszczynski & Nower, 2002).

CAPITULO III

METODO

El objetivo de la presente investigación es aplicar un instrumento de medición en muestras representativas estudiantiles, de seis instituciones de educación superior en la ciudad de Monterrey y su área conurbada. Para la selección de la muestra, se aplicaron criterios incluyentes que enriquecieran y dotaran de heterogeneidad a los grupos evaluados, es decir, diferentes niveles socioeconómicos, carreras universitarias, localización de los campus e incluso, orientación en la formación educativa de los centros universitarios, en donde destacan criterios ideológicos y/o religiosos.

De la aplicación del instrumento de medición, se obtendrán datos cuantitativos que permitieran conocer la prevalencia de juego patológico y juego problema, así como las características sociodemográficas y psicopatológicas relacionadas con el padecimiento, en estudiantes universitarios de la ciudad de Monterrey y su área conurbada.

Participantes

En la aplicación del instrumento de medición, participaron voluntariamente 2,408 alumnos de seis instituciones de educación superior, cursando algún semestre de carrera universitaria. Aplicando criterios de inclusión como rango de edad (16-30) y ser estudiantes matriculados durante el ciclo escolar 2013 -2014 en alguna de las universidades participantes. Como criterio de exclusión, se determinó que los estudiantes mayores de 30 años, no serían evaluados.

De igual manera, se procedió a anular las encuestas no completadas, por lo que la muestra se redujo a 2,183 participantes, de los cuales 1,010 son varones

(46.3%), y 1,173 son mujeres (53.7%).

El total de participantes de distribuyó de acuerdo a la institución de origen, con el propósito de evaluar parcialmente e informar los resultados a las universidades participantes. Debido a que la muestra es no probabilística, se procuró mantener la igualdad de condiciones para todos los alumnos al momento de aplicar el instrumento.

Posteriormente, se incorporó en una sola base de datos, la información del total de los encuestados para realizar los análisis descriptivos y correlacionales correspondientes (Véase Tabla 5).

Tabla 5: aplicación del instrumento de medición (SOGS), por universidad y sexo.

Universidad	Hombres	Mujeres	Total muestra (n)
1	197	139	336
2	128	130	258
3	368	362	730
4	27	55	82
5	73	300	373
6	217	187	404
Total	1010	1173	2183

Aparatos e instrumentos

Para determinar la prevalencia de juego patológico en los estudiantes universitarios de la muestra, así como las variables predictoras de riesgo, se utilizó un cuestionario auto-aplicado, diseñado por Lesieur y Blume (1987), denominado South Oaks Gambling Survey (SOGS) en su adaptación al castellano de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalbo y Páez (1994b), que está basado en los criterios diagnósticos del DSM-III (APA,1980), pero se adapta asimismo a las modificaciones introducidas en el DSM-III-R (APA,1987).

El SOGS es sin duda, la prueba más utilizada y uno de los instrumentos más fiables y válidos de los que se dispone actualmente para evaluar el juego patológico en los estudios epidemiológicos y clínicos (Echeburúa et al, 1994). El contenido de los ítems se relaciona, entre otras cuestiones, con las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas, y las emociones implicadas.

Consta de 16 ítems, pero el último de ellos, relacionado con las fuentes de obtención de dinero, presenta diez alternativas que puntúan por separado. Por ello y habida cuenta de que no se valoran los ítems 1, 2, 3, 12 y 16j, el formato final cuenta, a efectos de puntuación de 20 ítems que presentan en su mayoría dos alternativas de respuesta (Sí/No). La amplitud teórica del cuestionario es de 0 a 20. Los datos de fiabilidad (coeficiente alfa = 0.97; coeficiente test-retest = 0.71 y validez con los criterios del DSM-III = 0.94). Con el objeto de rebasar consideraciones de falsos positivos, el corte propuesto en esta validación, fue de 5 (Echeburúa et al, 1994).

Para su aplicación, se realizaron modificaciones a fin de adaptarlo al contexto cultural local y alcanzar una equivalencia métrica en la interpretación de las puntuaciones. Esto se realizó en los reactivos: 1ª, agregando perros y gallos; 1c, modificando frontón y deportes rurales por Deportes; 1d, modificando por Dados; 1f, modificado por Lotería Nacional, Raspaditos, Melate; 1g, modificado por Bingo; 1h, modificado por Maquinitas; 1i, Modificado por Lotería Mexicana y agregando Internet en el 1j. En la pregunta 2, se modificaron cantidades y moneda, incorporando desde 500 hasta más de 10,000 pesos mexicanos. En los ítems 4 y 5 se incorporó la opción algunas Veces. En el ítem 6 se incorporó la opción No Sé y en el ítem 16, se agregó De mi trabajo y de casas de empeño.

Con el propósito de validar el padecimiento en los sujetos de la muestra, y rebasar las consideraciones de falsos positivos, el corte seleccionado para esta validación fue de 4.

Variable Independiente: *Estudiantes Universitarios*

Variable Dependiente: *Nivel de compromiso con el juego patológico*

Variables Intervinientes: *Tipo de juego, frecuencia, montos gastados, retorno (chasing), creencias, conductas de mantenimiento, antecedentes familiares, deudas, fuentes de financiamiento.*

Variables Intermedias: *Sexo, Edad,.*

Definición Conceptual: *Juego Patológico o Ludopatía es un trastorno del control de los impulsos que se manifiesta en una conducta de juego inadaptada, persistente y recurrente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional de quien la padece (APA, 1980).*

Definición Operacional: *Nivel de compromiso ante el juego patológico que tienen los estudiantes universitarios en seis instituciones de la ciudad de Monterrey y su área conurbada.*

Dimensiones: *No Jugador, Jugador Social, Jugador Problema, Jugador Patológico.*

Indicadores: *0= No Jugador; 1= Jugador Social; 2-3= probable jugador problema; 4 y más= probable jugador patológico.*

Instrumento: *South Oaks Gambling Survey (SOGS), validación al castellano de Echeburúa y Báez (1990) y la adaptación al mexicano de la Federación Mexicana de Jugadores en Riesgo, AC (FEMEJURI, 2013).*

Procedimiento

Diseño utilizado:

Para realizar lo anterior se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y correlacional de tipo transversal que permite conocer los índices de prevalencia de juego patológico y juego problema entre los estudiantes universitarios de las instituciones educativas participantes, así como sus principales características en frecuencia, modalidad, montos, juegos, y financiamiento, entre otros.

Recolección de Datos:

El protocolo de recolección de datos se realizó en tres etapas (E1,E2 y E3):

E1_1) Se invitó vía telefónica y por escrito a 15 universidades del área metropolitana de Monterrey a participar en la investigación y se solicitó una entrevista con los responsables de las áreas involucradas. Luego de llevar a cabo reuniones con cada una de las instituciones, se recibió confirmación de 6 de ellas, por lo que se procedió a celebrar reuniones previas de sensibilización sobre la problemática y la importancia de conocer los posibles estragos que el padecimiento podría estar haciendo entre los jóvenes universitarios. Se acordó con cada una de las universidades, fechas tentativas de aplicación del instrumento de medición así como los procedimientos específicos de cada una de ellas, atendiendo las características, horarios y requerimientos recibidos. Esta etapa se cumplimentó entre abril y mayo de 2013.

E2_2) Se elaboraron y firmaron sendos convenios con las áreas jurídicas de cada una de las universidades a fin de establecer formalmente los requerimientos de ambas partes con el propósito de llevar a cabo la aplicación de la encuesta, atendiendo criterios éticos o procedimientos relacionados. En todos los convenios, se resalta la garantía del anonimato tanto para los estudiantes como para las universidades participantes quienes accedieron a que el procesamiento de la información recabada, fuera a partir de una base de datos general, que

protegiera a las instituciones educativas de filtraciones sobre la prevalencia de juego patológico entre sus estudiantes. Esta es una postura que entendimos como explicable, toda vez que partiendo de un análisis particular, se establecería cuál de ellas tendría una mayor incidencia de la problemática, circunstancia que pudiera afectar negativamente la percepción ante la opinión pública, de la(s) instituciones que marcaran las prevalencias más altas. Esta etapa se cumplimentó entre agosto de 2013 y mayo de 2014.

E3_3) Se estableció una muestra representativa de cada campus que incluyera hombres y mujeres en cantidades similares, el rango más amplio posible de carreras y edades, así como de semestres o tetramestres que se estuvieran cursando. Una vez determinado el número de encuestas a aplicar, éstas fueron instrumentadas en diferentes fechas y horarios. En todos los casos se siguió el mismo procedimiento: 1) voluntarios de la asociación civil denominada Federación Mexicana de Jugadores en Riesgo, AC (FEMEJURI), y alumnos de psicología de la UANL, fueron capacitados en la temática y procedimiento, 2) dependiendo del número de encuestas a aplicar, se entregaba a cada voluntario un paquete para que, simultáneamente, ingresaran a los salones y explicaran a los alumnos el motivo, implicaciones y procedimiento de llenado. Los mismos voluntarios, resolvían dudas y recolectaron las encuestas completadas, mismas que se hacían entrega formalmente ante la presencia de los representantes de la universidad en cuestión, a través de un escrito alusivo. Esta etapa se cumplimentó entre septiembre de 2013 y mayo de 2014.

E4_4) Se concentraron y capturaron el total de las encuestas de las seis instituciones participantes, en una base de datos preliminar en Excel. Esta etapa se cumplimentó en septiembre de 2014.

Análisis de Datos:

Los datos se transfirieron al paquete estadístico SPSSv20 y se aplicaron los criterios de inclusión: a) edades 16-30, b) estudiantes universitarios inscritos y cursando algún semestre y carrera en las instituciones participantes, y c)

instrumento de medición correctamente contestado.

Se procedió al análisis de los datos descriptivos (medias, desviaciones estándar, rangos, frecuencias; correlacionales con significación bilateral (Pearson y Spearman); comparación de medias (t de Student); prueba de chi-cuadrado (Bondad y Homogeneidad); y pruebas de rangos (U de Mann-Whitney, que permitan responder a las preguntas de investigación planteadas con anterioridad.

A través de los análisis señalados, se determinará la edad promedio, el género preponderante en la actividad, cuántos alumnos practican los juegos de azar, con qué frecuencia, cuáles son sus preferencias, cuánto dinero gastan, cuáles son sus fuentes de financiamiento, el involucramiento de la familia o allegados en la actividad así como el índice de jugadores sociales, de probables jugadores problema y de probables jugadores patológicos, de la muestra total y de cada una de las instituciones educativas participantes.

CAPITULO IV.

RESULTADOS

Objetivo específico 1

Se aplicó el instrumento de screening de juego patológico (SOGS), en una muestra representativa de estudiantes en seis universidades de la ciudad de Monterrey y su área metropolitana (Véase Tabla 6).

Tabla 6 Resultados por género y universidad.

		SEXO		Total
		HOMBRE	MUJER	
UNIVERSIDAD	1	197	139	336
	2	128	130	258
	3	368	362	730
	4	27	55	82
	5	73	300	373
	6	217	187	404
Total		1010	1173	2183

Se realizaron los análisis de consistencia interna a través de la fórmula 20, propuesta de Kuder-Richardson (KR-20) (véase Ilustración 1), que se utiliza en el caso de ítems dicotómicos, desde la formulación del coeficiente alfa de Cronbach, y en donde las comparaciones a nivel de grupo son adecuados los coeficientes cercanos a 0.70, o incluso 0.60 (De Vellis, en García, 2005).

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2 X} \right]$$

Ilustración 1 Fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20)

En la Tabla 7, se muestran los resultados obtenidos del análisis de los 19 ítems del instrumento, a través de la fórmula KR-20, con un coeficiente de 0.78.

Tabla 7 Análisis de confiabilidad de ítems del instrumento aplicado (KR-20)

	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-10	I-11	I-12	I-13	I-14	I-15	I-16	I-17	I-18	I-19
TRC	141	29	132	446	134	295	129	100	134	67	141	45	32	82	14	12	23	13	7
P	0.06	0.01	0.06	0.20	0.06	0.14	0.06	0.05	0.06	0.03	0.06	0.02	0.01	0.04	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00
Q	0.94	0.99	0.94	0.80	0.94	0.86	0.94	0.95	0.94	0.97	0.94	0.98	0.99	0.96	0.99	0.99	0.99	0.99	1.00
P*Q	0.06	0.01	0.06	0.16	0.06	0.12	0.06	0.04	0.06	0.03	0.06	0.02	0.01	0.04	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00
S p*Q	0.82																		
VT	3.013460819																		
K-20	0.78047758																		

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,755	,765	19

Los estudiantes seleccionados representan el 1.47% del conjunto de la población universitaria del estado de Nuevo León, por lo que según estos datos, la muestra es representativa del total de la población estudiada.

Objetivo específico 2

En la Tabla 8 se muestran los resultados de las respuestas afirmativas que se dieron al instrumento de screening SOGS, con un rango de 0-19.

Tabla 8 Frecuencia de respuesta afirmativa para ítems

Respuesta+	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
0	1393	63.8	63.8	63.8
1	363	16.6	16.6	80.4
2	170	7.8	7.8	88.2
3	95	4.4	4.4	92.6
4	58	2.7	2.7	95.2
5	45	2.1	2.1	97.3
6	18	.8	.8	98.1
7	8	.4	.4	98.5
8	15	.7	.7	99.2
9	9	.4	.4	99.6
10	4	.2	.2	99.8
11	1	.0	.0	99.8
13	3	.1	.1	100.0
15	1	.0	.0	100.0
Total	2183	100,0	100,0	

En la Tabla 9, se muestran los resultados obtenidos en frecuencia y porcentajes, para cada uno de los 19 ítems del instrumento de screening (SOGS).

Tabla 9 Respuesta por ítem.

Item	Pregunta	SI	%
4	Cuando juega por dinero, ¿Con qué frecuencia vuelve otra vez para recuperar lo perdido?	141	6.46
5	¿Ha afirmado haber ganado dinero en el juego cuando el realidad había perdido?	29	1.33
6	¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas de juego?	132	6.05
7	¿Ha jugado alguna vez por más dinero de lo que tenía pensado?	434	19.88
8	¿Lo han criticado por su forma de jugar o le han dicho que tiene problemas de juego?	134	6.14
9	¿Se ha sentido culpable por lo que ocurre cuando juega?	295	13.51
10	¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha podido?	129	5.91
11	¿Ha ocultado a su pareja, familiares o amigos, billetes de lotería, fichas de apuesya o el dinero ganado cuando juega?	100	4.58
13	¿Aguna vez las discusiones han sido por dinero que gasta en el juego?	134	6.14
14	¿Ha pedido dinero prestado y no lo ha devuelto a causa del juego?	67	3.07
15	¿Ha perdido tiempo de trabaja, clase o de familia, debido al juego?	141	6.46
16 ^a	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego de su trabajo	45	2.06
16b	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego de tarjetas de crédito	32	1.47
16c	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego de dinero de gastos de la casa	82	3.76
16d	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego de venta o hipoteca de propiedades	14	0.64
16e	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego de prestamistas o casas de empeño	12	0.55
16f	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego de su pareja u otros familiares	23	1.05
16g	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de juego del banco o cajas de ahorro	13	0.60
16h	Obtiene dinero para jugar o pagar deudas de cheques falsos o sin fondos	7	0.32

En la Tabla 10 se presenta la variable de ítems respondidos afirmativamente en el instrumento, recategorizada en no jugador, jugador social, jugador problema y jugador patológico.

Tabla 10 Ítems respondidos afirmativamente, recategorizados por tipo de jugador

Tipo de jugador	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No Jugador	1393	63,8	63,8	63,8
Social	363	16,6	16,6	80,4
Problema	162	7,4	7,4	87,9
Patológico	265	12,1	12,1	100,0
Total	2183	100,0	100,0	

Objetivo específico 3

Para la muestra en general

En la tabla 11, se describe el total de la muestra (n=2183), con una edad promedio de 20.5 años (SD= 2.45).

Tabla 11 Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	2183	16	30	20,50	2,453

En la Tabla 12, se muestran los resultados de la variable recategorizada por tipo de jugador y el género.

Tabla 12 Tipo de jugador por género

Sexo	No Jugador	Social	Problema	Patológico	Total
HOMBRE	549	200	141	120	1010
MUJER	844	163	124	42	1173
Total	1393	363	162	265	2183

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	93,240 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	94,796	3	,000
Asociación lineal por lineal	52,902	1	,000
N de casos válidos	2183		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 74,95.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,207	,000
	V de Cramer	,207	,000
N de casos válidos		2183	

En la Tabla 13, se muestran los porcentajes de estudiantes que reportan haber realizado apuestas con dinero durante el último año.

Tabla 13 Reporte de apuestas realizadas

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
NO	441	20,2	20,2	20,2
SI	1742	79,8	79,8	100,0
Total	2183	100,0	100,0	

En la Tabla 14, se muestra el número de juegos que practican los universitarios, por género. El rango de opciones para este ítem fue de 0-10.

Tabla 14 Número de juegos practicados por género

JUEGOS PRACTICADOS	HOMBRE	MUJER	Total
0	155	280	435
1	127	189	316
2	136	179	315
3	142	172	314
4	113	146	259
5	122	105	227
6	78	49	127
7	61	32	93
8	43	12	55
9	16	7	23
10	17	2	19
Total	1010	1173	2183

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	99,182 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	102,329	10	,000
Asociación lineal por lineal	88,028	1	,000
N de casos válidos	2183		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,79.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,213	,000
	V de Cramer	,213	,000
N de casos válidos		2183	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

En la Tabla 15, se detallan las frecuencias y porcentajes de las preferencias mostradas por los estudiantes para realizar apuestas en cada una de las diez opciones a elegir.

Tabla 15 Frecuencia en modalidad de apuestas

JUEGO	SI	%
Cartas	966	44.3
Máquinas	909	41.6
Deportes	898	41.1
Lotería mexicana	783	35.9
Casino	723	33.1
Lotería nacional	709	32.5
Internet	418	19.1
Bingo	399	18.3
Dados	395	18.1
Caballos	181	8.3

En la Tabla 16, se muestran los resultados obtenidos en la tabla de contingencia para tipos de jugadores, género y universidad.

Tabla 16 Tipo de jugador por género y universidad

Sexo		UNIVERSIDAD						Total
		1	2	3	4	5	6	
HOMBRE	No Jugador	108	79	165	13	47	137	549
	Social	39	27	75	5	13	41	200
	Problema	26	9	59	6	3	17	120
	Patológico	24	13	69	3	10	22	141
	Total	197	128	368	27	73	217	1010
MUJER	No Jugador	86	101	255	37	227	138	844
	Social	26	12	53	10	35	27	163
	Problema	8	4	9	5	7	9	42
	Patológico	19	13	45	3	31	13	124
	Total	139	130	362	55	300	187	1173
Total	No Jugador	194	180	420	50	274	275	1393
	Social	65	39	128	15	48	68	363
	Problema	34	13	68	11	10	26	162
	Patológico	43	26	114	6	41	35	265
Total		336	258	730	82	373	404	2183

Pruebas de chi-cuadrado				
SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	40,010 ^b	15	,000
	Razón de verosimilitudes	41,028	15	,000
	Asociación lineal por lineal	3,939	1	,047
	N de casos válidos	1010		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	25,920 ^c	15	,039
	Razón de verosimilitudes	25,048	15	,049
	Asociación lineal por lineal	4,780	1	,029
	N de casos válidos	1173		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	58,979 ^a	15	,000
	Razón de verosimilitudes	61,847	15	,000
	Asociación lineal por lineal	13,914	1	,000
	N de casos válidos	2183		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,09.

b. 2 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,21.

c. 3 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,97.

Medidas simétricas				
SEXO			Valor	Sig. aproximada
Hombre	Nominal por nominal	Phi	,199	,000
		V de Cramer	,115	,000
	N de casos válidos		1010	
Mujer	Nominal por nominal	Phi	,149	,039
		V de Cramer	,086	,039
	N de casos válidos		1173	
Total	Nominal por nominal	Phi	,164	,000
		V de Cramer	,095	,000
N de casos válidos			2183	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

En la Tabla 17, se señala los estudiantes que pautaron afirmativo en personas cercanas con problemas pasados o presentes de juego, categorizado por tipos de jugadores y para el total de la muestra (n=2183).

Tabla 17 Personas cercanas con problemas de juego

SEXO	Tipo Jugador	SI	%	Total
Hombre	No Jugador	107	4.9	293
	Social	68	3.1	
	Problema	67	3.1	
	Patológico	51	2.3	
Mujer	No Jugador	222	10.2	357
	Social	61	2.8	
	Problema	26	1.2	
	Patológico	48	2.2	
TOTAL	No Jugador	329	15.1	650
	Social	129	5.9	
	Problema	93	4.3	
	Patológico	99	4.5	

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
HOMBRE	Chi-cuadrado de Pearson	72,013 ^b	3	,000
	Razón de verosimilitudes	69,266	3	,000
	Asociación lineal por lineal	43,843	1	,000
	N de casos válidos	1010		
MUJER	Chi-cuadrado de Pearson	34,221 ^c	3	,000
	Razón de verosimilitudes	32,105	3	,000
	Asociación lineal por lineal	19,828	1	,000
	N de casos válidos	1173		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	97,463 ^a	3	,000
	Razón de verosimilitudes	92,076	3	,000
	Asociación lineal por lineal	58,301	1	,000
	N de casos válidos	2183		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 48,24.

b. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 34,81.

c. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,78.

Medidas simétricas				
SEXO			Valor	Sig. aproximada
HOMBRE	Nominal por nominal	Phi	,267	,000
		V de Cramer	,267	,000
	N de casos válidos		1010	
MUJER	Nominal por nominal	Phi	,171	,000
		V de Cramer	,171	,000
	N de casos válidos		1173	
Total	Nominal por nominal	Phi	,211	,000
		V de Cramer	,211	,000
	N de casos válidos		2183	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

En la Tabla 18, se muestran las cantidades de dinero que los universitarios gastan por evento, agrupados por género y en 6 categorías con rangos desde: “nunca he gastado dinero en el juego”, hasta más de diez mil pesos mexicanos.

Tabla 18 Montos erogados por género y evento

Sexo	Nunca	- 500	500-1000	1000-5000	5000-10000	+10000	Total
Hombre	290	513	107	62	27	11	1010
Mujer	519	555	58	28	10	3	1173
Total	809	1068	165	90	37	14	2183

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	94,608 ^a	5	,000
Razón de verosimilitudes	96,101	5	,000
Asociación lineal por lineal	89,894	1	,000
N de casos válidos	2183		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,48.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,208	,000
	V de Cramer	,208	,000
N de casos válidos		2183	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Para jugadores problema y patológicos

Tabla 19 Jugadores problema y patológicos por género

		Problema	Patológico	Total
SEXO	HOMBRE	141	120	261
	MUJER	124	42	166
Total		265	162	427

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,422 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	17,554	1	,000		
Razón de verosimilitudes	18,938	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	18,379	1	,000		
N de casos válidos	427				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 62,98.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 20 Jugadores problema y patológicos por grupos de edad

		Problema	Patológico	Total
Edad	<18	18	5	23
	18-21	175	102	277
	22-25	61	48	109
	26-30	11	7	18
Total		265	162	427

Estadísticos de contraste^a		
	Recategorización de edad	Problema, Patológico
U de Mann-Whitney	528983,500	17184,000
W de Wilcoxon	1217534,500	31045,000
Z	-5,248	-4,287
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

a. Variable de agrupación: Sex

Tabla 21 Modalidad de juegos practicados por jugadores problema y patológicos

JUEGO	Problema	Patológico
Cartas	174	48
Máquinas	165	110
Deportes	175	112
Lotería mexicana	119	64
Casino	155	95
Lotería nacional	124	73
Internet	77	67
Bingo	77	74
Dados	91	69
Caballos	37	44

Tabla 22 Tipo de jugador por grupo de edad y género

SEXO	EDAD	JUGADOR		Total
		Problema	Patológico	
HOMBRE	<18	7	3	10
	18-21	92	72	164
	22-25	35	39	74
	26-30	7	6	13
	Total	141	120	261
MUJER	<18	11	2	13
	18-21	83	30	113
	22-25	26	9	35
	26-30	4	1	5
	Total	124	42	166
Total	<18	18	5	23
	18-21	175	102	277
	22-25	61	48	109
	26-30	11	7	18
		265	162	427

Estadísticos de contraste ^a		
	Problema, Patológico	Recategorización edad por grupos
U de Mann-Whitney	17184,000	528983,500
W de Wilcoxon	31045,000	1217534,500
Z	-4,287	-5,248
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

a. Variable de agrupación: Sex

Tabla 23 Dinero gastado en un solo evento, por género y tipo de jugador

¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que has gastado en jugar en un solo día?

SEXO	JUGADOR	NUNCA	-500	500-1000	1000-5000	5000-10000	+10000	Total
HOMBRE	Problema	19	67	33	19	2	1	141
	Patológico	12	46	22	24	10	6	120
	Total	31	113	55	43	12	7	261
MUJER	Problema	18	77	19	6	3	1	124
	Patológico	3	19	11	7	1	1	42
	Total	21	96	30	13	4	2	166
	Problema	37	144	52	25	5	2	265
	Patológico	15	65	33	31	11	7	162
	Total	52	209	85	56	16	9	427

Estadísticos de contraste ^a		
	Problema, Patológico	¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que has gastado en jugar en un solo día?
U de Mann-Whitney	17184,000	467456,000
W de Wilcoxon	31045,000	1156007,000
Z	-4,287	-9,329
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

a. Variable de agrupación: Sex

Tabla 24 Cantidad de juegos practicados por jugadores problema y patológicos, por género

SEXO	JUGADOR	NUMERO DE JUEGOS PRACTICADOS											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
HOMBRE	Problema	4	8	13	20	22	19	20	15	14	3	3	141
	Patológico	4	2	11	14	17	19	16	16	9	5	7	120
MUJER	Problema	6	9	17	12	29	25	8	8	6	3	1	124
	Patológico	1	5	4	7	6	7	3	2	3	3	1	42
Total	Problema	10	17	30	32	51	44	28	23	20	6	4	265
	Patológico	5	7	15	21	23	26	19	18	12	8	8	162
Total		15	24	45	53	74	70	47	41	32	14	12	427

Estadísticos de contraste ^a		
	PROBLEMA, PATOLOGICO	SUMA DE JUEGOS PRACTICADOS
U de Mann-Whitney	17184,000	466975,500
W de Wilcoxon	31045,000	1155526,500
Z	-4,287	-8,626
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

a. Variable de agrupación: Sex

Tabla 25 Tipo de jugador por género y universidad

SEXO	UNIVERSIDAD	Tipo Jugador		Total
		Problema	Patológico	
HOMBRE	1	24	26	50
	2	13	9	22
	3	69	59	128
	4	3	6	9
	5	10	3	13
	6	22	17	39
	Total	141	120	261
MUJER	1	19	8	27
	2	13	4	17
	3	45	9	54
	4	3	5	8
	5	31	7	38
	6	13	9	22
	Total	124	42	166
TOTAL	1	43	34	77
	2	26	13	39
	3	114	68	182
	4	6	11	17
	5	41	10	51
	6	35	26	61
		265	162	427

Estadísticos de contraste ^a			
	Problema, Patológico		Universidad
U de Mann-Whitney	17	184,000	518462,500
W de Wilcoxon	31	045,000	1029017,500
Z	-4,287		-5,175
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000

a. Variable de agrupación: Sex

Tabla 26 Personas cercanas con problemas de juego, por tipo de jugador y género

Personas cercanas a ti que tienen o han tenido problemas de juego			
SEXO	JUGADOR	SI	Total
HOMBRE	Problema	51	141
	Patológico	67	120
	Total	118	261
MUJER	Problema	48	124
	Patológico	26	42
	Total	74	166
	Problema	99	265
	Patológico	93	162
	Total	192	427

Estadísticos de contraste^a		
	Problema, Patológico	Personas cercanas a ti que tienen o han tenido problemas de juego
U de Mann-Whitney	17184,000	583924,500
W de Wilcoxon	31045,000	1094479,500
Z	-4,287	-,726
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,468

a. Variable de agrupación: Sex

Tabla 27 Num. personas cercanas con problemas de juego, por género y tipo de jugador

		¿Cuántas personas cercanas a ti tienen o han tenido problemas de juego?						Total
SEXO		0	1	2	3	4	5	
HOMBRE	Jugador	Problema	90	43	6	2	0	141
		Patológico	53	59	4	2	1	120
	Total		143	102	10	4	1	261
MUJER	Jugador	Problema	77	40	7	0	0	124
		Patológico	16	22	1	1	2	42
	Total		93	62	8	1	2	166
	Jugador	Problema	167	83	13	2	0	265
		Patológico	69	81	5	3	3	162
	Total		236	164	18	5	3	427

Pruebas de chi-cuadrado			
SEXO		Valor	Sig. asintótica (bilateral)
HOMBRE	Chi-cuadrado de Pearson	12,877 ^b	,025
	Razón de verosimilitudes	13,687	,018
	Asociación lineal por lineal	7,532	,006
	N de casos válidos	261	
MUJER	Chi-cuadrado de Pearson	16,178 ^c	,003
	Razón de verosimilitudes	15,714	,003
	Asociación lineal por lineal	9,388	,002
	N de casos válidos	166	
Total	Chi-cuadrado de Pearson	25,089 ^a	,000
	Razón de verosimilitudes	26,315	,000
	Asociación lineal por lineal	15,613	,000
	N de casos válidos	427	

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

b. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

c. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

Tabla 28 Personas cercanas con problema de juego por tipo de jugador y género

¿Quién de las siguientes personas cercanas a ti, tiene o ha tenido un problema de juego?						
SEXO	JUGADOR	NADIE	PADRE/ MADRE	HERMANO, ABUELO, OTRO FAM.	ALGUIEN IMPORTANTE PARA MÍ	Total
HOMBRE	Problema	90	12	32	7	141
	Patológico	52	21	36	11	120
	Total	142	33	68	18	261
MUJER	Problema	77	9	31	7	124
	Patológico	16	6	14	6	42
	Total	Total	15	45	13	166
	Problema	167	21	63	14	265
	Patológico	68	27	50	17	162
	Total	235	48	113	31	427

Pruebas de chi-cuadrado				
SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
HOMBRE	Chi-cuadrado de Pearson	12,137 ^b	3	,007
	Razón de verosimilitudes	12,220	3	,007
	Asociación lineal por lineal	7,992	1	,005
	N de casos válidos	261		
MUJER	Chi-cuadrado de Pearson	8,735 ^c	3	,033
	Razón de verosimilitudes	8,457	3	,037
	Asociación lineal por lineal	6,812	1	,009
	N de casos válidos	166		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	20,595 ^a	3	,000
	Razón de verosimilitudes	20,486	3	,000
	Asociación lineal por lineal	13,734	1	,000
	N de casos válidos	427		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,76.

b. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,28.

c. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,29.

Tabla 29.- Universidades categorizadas por costo de cuotas escolares

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJAS	340	15,6	15,6	15,6
MEDIO-BAJO	336	15,4	15,4	31,0
MEDIAS	1103	50,5	50,5	81,5
ALTAS	404	18,5	18,5	100,0
Total	2183	100,0	100,0	

Estadísticos de contraste^a

NIVEL CUOTAS ESCOLARES

U de Mann-Whitney	492023,500
W de Wilcoxon	798959,500
Z	-4,260
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: SI/NO

Tabla 30 Nivel de cuotas escolares por tipo de jugadores por género

SEXO	JUGADOR	NIVEL CUOTAS ESCOLARES				Total
		Bajas	Medio-Bajo	Medias	Altas	
HOMBRE	Problema	16	24	79	22	141
	Patológico	15	26	62	17	120
	Total	31	50	141	39	261
MUJER	Problema	16	19	76	13	124
	Patológico	9	8	16	9	42
	Total	25	27	92	22	166
	Problema	32	43	155	35	265
	Patológico	24	34	78	26	162
	Total	56	77	233	61	427

CAPITULO V.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Discusión

La globalización de la la industria del juego, aunado a la accesibilidad y disponibilidad de salas de apuestas, la flexibilización de criterios oficiales a cambio de significativos ingresos por tasas impositivas a la actividad, y la escasa atención dada al juego patológico entre jóvenes universitarios, ha provocado un incremento en la incidencia del padecimiento durante los últimos 15 años.

En relación a este grupo específico de población, se han realizado tres aproximaciones meta-analíticas que confirman lo anterior: Shaffer y cols. (1999); Blinn-Pike y cols. (2007); y Nowak y cols. (2013), que reportan prevalencias de 5.05%; 7.89%; y 10.23%, respectivamente.

Con una circunstancia de incidencia como la planteada en el párrafo anterior, conocer los índices del padecimiento entre nuestra población universitaria, se perfiló como el objetivo principal para la elaboración de este análisis.

Nuestro estudio, tiene la característica de ser el segundo a nivel nacional y el primero realizado en el estado de Nuevo León. La población estudiada, se integra con un elevado número de participantes inscritos en instituciones de educación superior y atienden criterios preestablecidos como: ubicación geográfica, opción educativa, nivel socioeconómico, características demográficas y orientación ideológica de cada centro universitario , que permitieron enriquecer y fortalecer los análisis realizados.

De acuerdo a los objetivos planteados, se aplicó el instrumento de screening para juego patológico denominado SOGS, en una muestra representativa de 2,183 estudiantes entre 16-30 años (Med= 20.50, DS= 2.45) compuesta por 53.7% de mujeres y 46.3% de

hombres, de seis universidades de Monterrey, México y su área conurbada.

Se procedió a realizar un análisis de la consistencia interna de cada uno de los 19 ítems del instrumento de tamizaje. Todas las escalas tuvieron indicadores de confiabilidad α de Cronbach considerados como adecuados, con valores $>.70$. Se realizó también la fórmula Kunder-Richardson (K-20), obteniendo coeficiente de 0.78. Ambos resultados indican adecuadas propiedades psicométricas.

De igual forma, se destaca que la muestra seleccionada representan el 1.47% del total de la población cursando estudios superiores, por lo que los resultados obtenidos pueden ser referidos para los estudiantes universitarios del estado de Nuevo León.

Del total de la muestra ($n=2,183$), 1,393 (63.81%) estudiantes declararon no jugar; 363 (16.6%), se categorizaron como jugadores sociales; 265 (12.1%) como jugadores problema; y 162 (7.4%) como probables jugadores patológicos (en un corte a 4).

Aunque en nuestro país, como lo señala Benítez (2011), no se han realizado aún estudios similares que orienten sobre el impacto que la apertura indiscriminada de casas de apuestas ha tenido en la población en general; realizar comparaciones resulta difícil, dada la escasez de estudios con población universitaria en México.

Por lo anterior, destacamos el estudio realizado por Ortega, Vázquez y Reild (2008), entre universitarios y sus padres, para verificar la percepción que tienen sobre el tema, e identificar su vulnerabilidad ante los juegos de azar. En dicho estudio se encontró que el 48.82% de la muestra contestó afirmativamente haber participado en juegos de azar, el 4.1% se detecta como jugador problema y el 6.8% como jugador patológico, de acuerdo a la clasificación del DSM-IV.

Con esto, los investigadores concluyeron que existe un patrón general de proclividad al juego, entre la población joven, lo que coincide con estudios realizados en otros países, como España (Becoña, 2004), Inglaterra (Fisher, 1999), Canadá (Cox et al, 2004), Australia (Thomas, 2014), Estados Unidos y Canadá (Shaffer, Hall, & Vander-Bilt, 1999).

Con los resultados reportados en nuestro estudio, los porcentajes de prevalencia encontrados, permiten estimar la existencia de 29,204 (19.6%) universitarios neoloneses con problemas de juego. De ellos, 2,161 (7.4%), estarían cumpliendo criterios de juego patológico.

De igual forma, los resultados concuerdan con el 7.3% de prevalencia encontrada por Locke y cols. (2013), en un reciente estudio realizado entre 1,979 estudiantes inscritos en dos universidades americanas, y a quienes se les aplicó el mismo instrumento de evaluación. Los resultados también son similares con los reportados por Blinn-Pike y cols. (2007), de 7.9%; y por Becoña y cols. (2007), del 8.2% de jóvenes universitarios con criterio diagnóstico de juego patológico.

Al destacar que los adultos jóvenes transitan por un período caracterizado por la presencia de conductas riesgosas e impulsivas, como lo indican numerosos autores (Barbalat, Domenech, Vernet, & Fourneret, 2010; Chambers, Taylor, & Potenza, 2003; Crews, He, & Hodge, 2007; Ernst & Korelitz, 2009), y que ha sido comprobado en el tema del juego con resultados de tasas de prevalencia más altas en comparación con los adultos mayores (Breyer, Botzet, Winters, Stinchfield, August, & Realmuto, 2009); es de suma importancia conocer cómo está afectando el fenómeno a los jóvenes universitarios, y disponer de una base de conocimientos preventivos, a favor de quienes se encuentran en riesgo de padecer algún tipo de comportamiento adictivo (Figueroa, Chapa & Vallejos, 2010).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, son muy superiores a los reportados en otros países para la población general, con prevalencias de 1% a 3.4% (Blanco, et al., 2000; Bisso-Andrade, 2004; Huang et al., 2007). Esto confirma una de las preguntas de investigación, relacionada con el hecho de una mayor incidencia para juego problema y patológico en población menor de 30 años.

Por otra parte, el análisis realizado, concluye que la mayoría de los estudiantes de la muestra analizada (79.8%), realizan apuestas de azar con dinero, lo que coincide con lo señalado por Villora (2003), en un estudio realizado entre 1,707 jóvenes de las

universidades madrileñas, donde se reporta que el 80% juegan apostando dinero, con mayor o menor frecuencia.

Lo anterior puede ser motivado por las creencias y normas percibidas por los jóvenes, quienes asocian el entretenimiento con los juegos de azar; ya que el 55.8% lo relacionan con una actividad divertida y el 66.8% lo considera una conducta inofensiva cuando se realiza con moderación (Moore et al., 1999).

Otro factor importante, es la proliferación de centros de apuestas que existe en el país y que algunos autores han relacionado con el incremento de problemas de desórdenes de juego en estudiantes universitarios (Adams et al., 2007).

En cuanto a la distribución por sexos, se confirma una vez más la presencia de más hombres que mujeres en los grupos de jugadores patológicos y problema, destacando que el 60.6% de universitarios que no juegan, son mujeres, en concordancia con los hallazgos de Villoria (2003).

Al reecategorizar la variable sólo para aquellos estudiantes que puntuaron como probables jugadores problema y patológicos, se encontró una correlación significativa entre la categoría de jugadores problema y patológicos con el género ($r_s=.179$, $p=0.001$). Del total de jugadores problema, 48% son mujeres y del total de jugadores patológicos, el 74.1% son varones.

Sin embargo, es importante señalar que a diferencia de innumerables estudios que reportan contrastes significativos en relación al género y la conducta de apostar, ubicando a los varones como subgrupo líder, incluso con una relación de 7:1 (Becoña & Miguez, 2007), los resultados de nuestro estudio muestran una tendencia inversa, con el 53.7% de universitarias que juegan.

Esta tendencia se replica en la categorización de la variable tipo de jugadores, donde en el total de jugadores problema (265), hombres y mujeres comparten valores muy similares en la incidencia (53.2% para varones).

Los resultados se modifican sustancialmente cuando comparamos el total de jugadores patológicos (162), donde el 74.1% de ellos, son hombres, confirmando la alta prevalencia de juego patológico reportada para los jóvenes varones y confirmando que la variable género, se utiliza como predictor de riesgo, al establecerse una clara correlación en diversos estudios realizados (King et al., 2010; Sacco et al., 2011; Barnes et al., 2010; Becoña et al., 2007).

Lo anterior puede explicarse por los atributos socioculturales e incluso económicos del género, que lo relacionan con una mayor permisividad y disponibilidad de recursos. Sin embargo, es importante señalar que la tendencia se modifica, ya que de acuerdo a un reciente estudio (Nowak & Aloe, 2013), el porcentaje de varones apostadores, no relacionó significativamente con el tamaño del efecto, por lo que un incremento en la incidencia para las jóvenes universitarias, puede ser previsto en el corto plazo. Esto, toda vez de la creciente popularidad de la actividad y del equiparamiento de conductas que en el pasado referían mayormente a varones, como el consumo de drogas, alcohol, y la misma actividad lúdica en juegos de azar con apuestas. Esta posibilidad amerita estudios posteriores a efecto de ser demostrada.

En cuanto al número de juegos de azar practicados, se destaca que el 57% de las mujeres universitarias, refieren apostar entre 1-4 juegos y de 190 estudiantes que practican entre 7-10 formas de apuesta, el 72% son varones. Entre los jugadores problema y patológicos, se muestran de igual forma resultados mayores para los varones ya que 219 (64%) practican entre 3-10 formas de apuestas, lo que confirmaría lo encontrado por Jiménez-Tallón y cols. (2011), sobre que los hombres practican más clases de juego que las mujeres.

Los estudiantes universitarios que apuestan en juegos de azar, refieren preferencias del 44.3% para cartas; 41.6% para máquinas recreativas; y 41.1% para deportes. En la variable específica de jugadores problema y patológicos, se aprecia la misma tendencia: 52% para cartas, 64.4% para máquinas recreativas y 67.2% para las apuestas en deportes

Los resultados obtenidos guardan relación con los reportados por Moore y cols. (1999) con 46.7% de preferencia en cartas; y 44.9% para máquinas recreativas y Phillips et al., (2009), con 44.1% para máquinas y 44.1% para deportes.

Lo anterior puede ser explicado por la accesibilidad que se tiene para el desarrollo de la conducta de juego en las tres modalidades señaladas, ya que es frecuente que los jóvenes, incorporen el juego de cartas al socializar, y que la amplia disponibilidad de casinos y sport books en casi todos ellos, faciliten esta forma de apuesta.

Así, confluyen una serie de factores que ha sido denominada por algunos autores como la “tormenta perfecta”: edad, disponibilidad, aceptabilidad, promoción y accesibilidad (Nowak et al., 2013).

Como se apuntó con anterioridad, la edad se convierte en un predictor de riesgo y tal como lo señalan diversos autores (Slutske et al., 2003; Messerlian et al., 2005). Los resultados obtenidos en el estudio, muestran que el 65% de los jugadores problema o patológicos, se encuentra en un rango de edad entre 18-21 años y que el 59.2% son varones.

En los montos erogados durante un evento de juego, del total de estudiantes que refirieron haber apostado por dinero (n=1374), el 89.7% apuestan cantidades entre 500-1000 pesos mexicanos. Un 36% que reporta jugar entre 5,000 y más de 10,000 pesos mexicanos, han pedido dinero prestado para jugar o pagar deudas relacionadas con la actividad.

En relación a la historia familiar de problemas de juego, nuestro estudio determina que el 29.8% de la muestra tiene al menos un familiar cercano con problemas pasados o presentes de juego.

El porcentaje se incrementa a 45% cuando se refiere únicamente a la variable de jugadores problema y patológicos. En este mismo grupo, el 11.2% afirma que sus padres están involucrados en el juego y 27 de ellos (6.3%) tienen adicionalmente, entre 2-5

personas cercanas con problemas de juego, lo que concuerda con los hallazgos de King y cols. (2010) que demostraron que antecedentes familiares de juego patológico está asociada con un incremento en el riesgo. Además las características del funcionamiento familiar incidirán en su compromiso con el juego patológico, de acuerdo a un estudio llevado a cabo en Colombia, entre estudiantes de la Universidad de Manizales (Castaño, et al., 2010).

Para estar en posibilidades de entender el impacto que las cifras anteriores tienen, nos referimos a lo dicho por García (2008) en relación a que la familia es el sistema de relaciones humanas en que se negocian la mayoría de los significados relevantes.

Así, aunque no existe suficiente información sobre estudios llevados a cabo en población universitaria y su entorno familiar y/o cercano para juego patológico (Becoña et al., 2007), resulta procedente afirmar que el juego es una alternativa frecuentemente utilizada como opción de entretenimiento elegida por los padres u otros familiares del universitario.

La correlación existente entre jugadores problema y patológicos parece indicar que la preferencia de familiares o cercanos por realizar la actividad, ha trascendido y pudiera estar fuera de control.

Los jugadores universitarios pueden elegir patrones singulares en su forma de apostar, como las cantidades jugadas, o los lugares para practicar la actividad y que los diferencian de sus contrapartes de mayor edad.

Antecedentes familiares de problemas de juego, especialmente en los varones, los hará propensos a cogniciones distorsionadas y emociones negativas que se traducirán en tiempo dedicado a las apuestas y afectaciones derivadas del juego patológico (King et. al., 2010).

Limitaciones

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Primero, la validez de la investigación realizada, se basa en los resultados de la aplicación del SOGS, que fue modificado en ciertos

cuestionamientos del constructo para ajustarlos a la cultura mexicana. Adicionalmente, este instrumento se relaciona con una edición no actualizada del DSM. Segundo, en la recolección de datos, una de las universidades participantes no incluyó estudiantes de todas las carreras que proporcionaran una mayor amplitud en el análisis. Tercero, usamos una muestra representativa de estudiantes universitarios, pero no se seleccionaron aquellos con problemas de juego, lo que implica que la muestra no es necesariamente representativa de población de alto riesgo, y cuarto, el diseño del estudio es transversal, lo que limita los resultados y las relaciones longitudinales entre las variables no pudieron ser exploradas, limitando los resultados de inferencias causales.

Conclusiones

Los resultados obtenidos reflejan importantes prevalencias de desórdenes de juego para jóvenes universitarios, por lo que la validación oficial de la actividad lúdica con apuestas en nuestro país, no contempló adecuadas estructuras sanitarias de contención en términos psicoeducativos, preventivos y rehabilitadores.

Las actuales condiciones de atraso empírico, permiten suponer un desconocimiento o falta de interés de los organismos públicos o privados por este fenómeno, lo que desmotiva la investigación y por tanto, el análisis, diseño y ejecución de un modelo integral de atención.

A lo anterior, debe sumarse el hecho de que importantes intereses económicos convergen con criterios gubernamentales desactualizados o indiferentes, obstaculizando la valoración epidemiológica.

El Incremento desproporcionado en proximidad y oferta lúdica con apuestas, que registra un crecimiento sostenido desde 2005 y con ambiciosos planes de crecimiento, hacen aún más visibles las escasas o desordinadas acciones informativas o preventivas sobre el padecimiento, sobre todo dirigida a grupos fragilizados como los jóvenes.

Adicionalmente, una obsoleta y deficiente legislación (federal, estatal y municipal) que confunde criterios de responsabilidad, impide redireccionar o transparentar el uso de los

recursos fiscales obtenidos, hacia labores de investigación, prevención o atención al enfermo y sus familias.

Luego de 33 años de su reconocimiento como conducta patológica, en México, el fenómeno de la ludopatía o desorden del juego, ha superado las expectativas oficiales y rebasado cualquier propuesta sanitario-asistencial de contención.

Los resultados obtenidos nos llevan a la pregunta obligada de cómo prevenir el desarrollo de conductas relacionadas con el juego patológico en los jóvenes universitarios. Para ello, es importante conocer los factores de riesgo entre la población joven mexicana y si éstos se replican en concordancia con los resultados obtenidos en estudios realizados en otros países, de modo que se puedan validar esquemas preventivos y/o rehabilitadores.

Si a nivel nacional, la inexistencia de estudios empíricos, obstaculiza un adecuado conocimiento, de aquellos sujetos vulnerables o que han desarrollado la adicción, el estudio propuesto, pretende conocer a través de procedimientos metodológicos validados, los índices de prevalencia del juego patológico y los factores predictores de riesgo en jóvenes universitarios.

De lo expuesto anteriormente se concluye que los estudiantes universitarios constituyen un grupo vulnerable con mayor prevalencia para el trastorno del juego, que la población en general, y que tomando la incidencia de juego problema y patológico encontrada en el presente estudio, 672,620 universitarios mexicanos estarían en riesgo o experimentando ya las consecuencias del padecimiento.

Recomendaciones

En México existe un vacío en la investigación empírica de la ludopatía. El involucramiento de instituciones públicas y los propios centros de investigación y enseñanza superior, en la investigación de la aparición, desarrollo y mantenimiento de este fenómeno, es apremiante..

Cualquier consideración en temas preventivos o rehabilitadores en México, deberá partir no sólo de las investigaciones, experiencias y conocimientos logrados en otros países, sino de

la instrumentación de programas de índole epidemiológica, para conocer los verdaderos estragos que ocasiona el juego sin control en cada una de las plazas o regiones en que se concentre la oferta lúdica de juegos de azar.

Los grupos vulnerables, entre los que destacan los jóvenes, deben ser objeto de exhaustivas investigaciones, que orienten adecuados programas preventivos para inhibir el desarrollo del padecimiento.

Finalmente, se subraya la importancia de llevar a cabo estudios adicionales que analicen la prevalencia y factores predictores de riesgo entre los jóvenes universitarios mexicanos, efectuando comparaciones con los factores de riesgo encontrados en otros países con el propósito de conformar un modelo regionalizado de prevención, atención y/o rehabilitación a los jóvenes que se encuentran en un continuo de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adams, G. R., Sullivan, A., Horton, K. D., Menna, R., & Guilmette, A. (2007). A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Issues*, 19, 9–18. doi:[10.4309/jgi.2007.19.1](https://doi.org/10.4309/jgi.2007.19.1).
- Alegría, A. & Blanco, C. (2007). Epidemiología, patofisiología y tratamiento del juego patológico. *Revista Peruana de Drogodependencias*. 5 , 133-158. Recuperado de http://www.epiredperu.net/epired/docs/RPDD_v5_2007.pdf
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1984). *Diagnostic and estatistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. EUA : Autor.
- American Psychiatric Publishing. (2013). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 1-19. Recuperado de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Asociación de Universidades e Instituciones de Educación superior (ANUIES). (2013). *Anuario Estadístico. Población escolar en la educación superior. Técnico superior y licenciatura. Ciclo escolar 2012-2013*. México : Autor. Recuperado de <http://www.anuies.mx/content.php?varSectionID=166>
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Atkinson, J., Sharp, C., Schmitz, J. & Yaroslavsky, I. (2012). Behavioral activation

and inhibition, negative affect, and gambling severity in a sample of young adult college students. *Journal of Gambling Studies*, 28, 437-449. doi: 10.1007/s10899-011-9273-x

Bandura, Albert. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, NJ: Englewood Cliffs.

Barroso, C. (2003). Las bases sociales de la ludopatía. (Tesis doctoral). Recuperada de <http://hera.ugr.es/tesisugr/15435568.pdf>

Barbalat, G., Domenech, P., Vernet, M., Fournieret, P. (2010). Approche neuroéconomique de la prise de risque à l'adolescence. *Encephale*, 36(2), 147-154. doi: 10.1016/j.encep.2009.06.004.

Barnes, G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H., & Tidwell, M. C, (2010). Comparisons of gambling and alcohol use among college students and noncollege young people in the United States. *Journal of American College Health*, 58 (5) , 443-453.

Becoña, E., Miguez, M. & Vázquez, F. (2001). El juego problema en los estudiantes de enseñanza secundaria. *Psicothema*, 13 (4), 551-556.

Becoña, E. (2004). El juego patológico. Prevalencia en España. *Salud y Drogas*, 4(2), 9-34.

Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*. 28 (1), 11-20.

Becoña, E. & Miguez, C. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13 (1), 41-50.

Benítez, A. (en prensa). Creel: el día que repartió casinos. Recuperado de <http://www.sinembargo.mx/05-09-2011/34941>

Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., & Kaufman, F. (2006). Adolescent of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22, 195–208.

Bergh, C., Eklund, T., Sodersten, P., & Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27, 473-475.

Bisso-Andrade, A. (2007). Ludopatía. *Revista Sociedad Perú de Medicina Interna*, 20

(2), 63-67.

Blanco, C., Oresanz-Muñoz, Blanco-Jerez, C., y Saiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: A psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 119-121

Blaszczynski, A., Winter, S.W. & McConaghy, N. (1986). Plasma endorphin levels in pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 3-15.

Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1988). scl-90 assessed psychopathology in pathological gamblers. *Psychological Reports*, 62 (2), 547-552.

Blaszczynski, A. P., Ladouceur, R., & Moodie, C. (2008). The Sydney Laval universities gambling screen: Preliminary data. *Addiction Research & Theory*, 16 (4), 401-411. doi:10.1080/16066350701699031 URL:

<http://dx.doi.org/10.1080/16066350701699031>

Blaszczynski, A.P., Wilson, A. & McConaghy, N. (1986). Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addiction*, 81(1),113-117.

Blaszczynski, A. P. & Nower, L. (2000). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487-499.

Blinn-Pike, L., Worthy, S. L., & Jonkman, J. N. (2007). Disordered gambling among college students: A meta-analytic synthesis. *Journal of Gambling Studies*, 23, 175–183.

Blinn-Pike, L., Worthy, S., Jonkam, J. & Smith, G. (2008). Emerging adult versus adult status among college students: examinations of explanatory variables. *Adolescence*, 43 (171), 577-591.

Breyer, J., Botzet, A., Winters, K., Stinchfield, R., August, G. & Realmuto, G. (2009). Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of Gambling Studies*, 25, 227-238. doi: 10.1007/s10899-9126.z

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., ... Beuster, C. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201,

430-434.

- British Psychological Society (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development*. Leicester: British Psychological Society.
- Brown, R.I.F. (1986). Arousal and sensation seeking components in the general explanation of gambling and gambling addiction. *International Journal of Addictions*, 21, 1001-1016.
- Candiani Garza, M. (2012). *Jugar sin límites. Manual de ludopatía dirigido al jugador compulsivo y su familia*. México: Font
- Castaño, S., Castaño-Castrillón, J., Cañón, S., Melo, M., Mendoza, P., Montoya, J., Murillo, M., Rodríguez, P. & Velázquez, J. (2010). Estudio epidemiológico sobre juego de azar y factores asociados en población universitaria de la Universidad de Manizales, Colombia. *Archivos de Medicina*, 11 (2), 101-113.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052.
- Chiu, J. & Storm, L. (2010). Personality, perceived luck and gambling attitudes as predictor of gambling involvement. *Journal of Gambling Studies*, 26, 205-227. doi: 10.1007/s10899-099-9160-x
- Chóliz, M. (2013). *Una propuesta de juego responsable en la situación española actual*. Consejo General de la Psicología de España. Universidad de Valencia: Autor Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4619&cat=48
- Clarke, D. (2000). Gambling and the trait of addiction in a sample of New Zealand University students. *New Zealand Journal of Psychology*, 32 (1), 39-48.
- Crews, F., He, J., Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 86(2), 189-199.
- Culleton, R.P. & Lang, M.H. (1984) The prevalence rate of pathological gambling in the Delaware Valley in 1984. Camden, N.J.: ruger/camden Forum for policy

Research and Public Service.

- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*. (45), 35-38.
- Custer, R.L. (1989). Foreword. En: H.J. Shaffer, S. Stein, B. Gambino & T. Cummings (Eds). *Compulsive gambling. Theory, research and practice*. pp 9-10. Lexington, MA: Lexington Books.
- DeCaria, C., Hollander, E., Grossman, R., et al. (1996). Diagnosis, Neurobiology and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 80-84.
- DeCaria, C., Hollander, E., Nora, E., et al. (17-22 de Mayo, 1997). Gambling: biological/genetic, treatment, government, and gambling concerns: neurobiology of pathological gambling. Presentado en el 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association (APA), San Diego, CA.
- Delfabbro, P., King, D. & Griffiths, M. (2013). From adolescent to adult gambling: An analysis of longitudinal gambling patterns in South Australia. *Journal of Gambling Studies*. 17, 1-17. doi: 10.1007/s10899-013-9384-7
- Derevensky, J. L., Gupta, R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *Journal of Gambling Studies*, 16(2-3), 227-251.
- Derevensky, J., Gupta, r., Hardoon, K., Dickson, L. & Deguire, A. E. (2003). Youth gambling: Some social policy issues. In Reith, G. (Ed.) *For Fun or Profit? The Controversies of the Expansion of Gambling*. Pp. 239-257. Prometheus Books: New York.
- Derevensky, J. (2007). *Pathological gambling: Impulse control disorder or addiction*. McGill University: Autor. Recuperado de <http://youthgambling.mcgill.ca/en/PDF/Publications/2007/Brazil2.pdf>
- Domínguez, A. (2007). *Guía clínica: actuar ante el juego patológico. Factores implicados en el juego patológico. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social*. Junta de Andalucía: Autor. Recuperado de http://www.dipgra.es/documentos/guia_clinica_juegopatologico.pdf

- Domínguez, A.M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27 (1), 3-20.
- Donati, M., Chiesi, F. & Primi, C. (2013). A model to explain at-risk/problema gambling among male and female adolescents: Gender similarities and differences. *Journal of Adolescence*, 13, 129-137.
- Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B. & Tremblay, R. (2011). Longitudinal links between impulsivity gambling problems and depressive symptoms: a transactional model from adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (2), 130-138.
- EDIS. (2003). Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/centro/pdf/boletin15.pdf>
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 4, 321-326. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/editorial%20echeburua.pdf>
- Echeburúa, E. (2010). El juego patológico en el marco de las adicciones sin drogas. En Echeburúa, E., Becoña E., Labrador F & GAUDIUM (Coords.). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*, 31-40. Madrid: Pirámide
- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32 (1), 65-74.
- Ernst, M., Koeberlitz, K. E. (2009). Maturation cérébrale à l'adolescence: vulnérabilité comportementale. *Encephale*, 35(Suppl 6), S182-S189. doi: 10.1016/S0013-7006(09)73469-4.
- Estévez, A. & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Ciencia y Salud*, 8 (1), 23-43.

- Fernández-Alba, A. & Labrador, F. J. (2002). Juego patológico. Madrid: Síntesis.
- Figueroa, J., Chapa, W. & Vallejos, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y adicciones en universitarios. *Revista de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Nacional Francisco Villarreal (Colombia)*. 1 (1), 12-17.
- Fisher, S. 1999. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research* 7:509-538.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. London: William Morrow (HarperCollins Publishers).
- Freud, S. (1928). Dostoyevski and parricide. Recuperado de <http://www.slideshare.net/341987/dostoevsky-and-parricide>
- Fontbona, M. (2008). Historia del juego en España. Barcelona: Flor del Viento Ediciones.
- García, E. & Correa, C. (1988). El juego patológico en estudiantes universitarios. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 44, 63-68.
- García-Martínez, A. (2008). Identidades y representaciones sociales: La construcción de las minorías. Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. Publicación electrónica de la Universidad Complutense. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/18/alfonsogarcia.pdf>
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Gobierno del Estado de Nuevo León. (2013). Recuperado de www.nl.gob.mx/?p=nl_educación
- Goodman, A. (2009). The neurobiological development of addiction. *Psychiatric Times*, 26 (9), 1-14
- González-Ibáñez, A. (1997). Juego Patológico. En: IV encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz 23-25 Abril 1997. Recuperado en <http://jogoremoto.pt/docs/extra/jOTKaf.pdf>

- González-Ibañez, A. (1998). Juego patológico. En S. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (4a. ed.) (pp. 714-729). Barcelona: Masson.
- González-Ibañez, A., Mora, M., Gutierrez-Maldonado, J., Ariza, A. & Lourido-Ferreira, M. R. (2005). Pathological gambling and age: Differences in personality, psychopathology, and response to treatment variables. *Addictive Behaviors*, 30, 383- 388.
- Goudriaan, A., Slutske, W., Krull, J. & Sher, K. (2009). Longitudinal patterns of gambling activities and associated risk factors in college students. *Addiction*. 104, 1219-1232. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02573.x
- Goudriaan, A., Oosterlaan J., de Beurs E., & Van den Brink, W. (2004). Pathological gambling: A comprehensive review of biobehavioral findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28 (2),123-141. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.03.001
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Savvidou, L., Froberg, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Pérez-Serrano, M., Pino-Gutiérrez, A., Menchón, J. & Jiménez-Murcia, S. (2013). Is pathological gambling moderated by age?. *Journal of Gambling Studies*. doi: 10.1007/s10899-013-9369-6
- Grant, J., Chamberlain, S., Schreiber, L. & Odlaug, B. (2012). Gender- related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling, *Journal of Gambling Studies*, 46, 1206-1211.
- Griffiths, M. (1995). Towards a risk factor model of fruit machine addiction: A brief note. *Journal of Gambling Studies*, 11 (3), 343-346.
- Hodgins, D.C.& Stea, J.N. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806) 1874-1884. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62185-X
- Huang, J. & Boyer, R. (2007). Epidemiology of youth gambling problems in Canada: A national prevalence study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (10), 657-665.
- Huang J.H., Jacobs D.F., Derevensky J.L., Gupta R. & Paskus T.S. (2007).

- Gambling and health findings from a national study. *Journal of Adolescent Health*, 40 (5), 390–397. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.11.146
- Iancu, I., Lowengrub, K., Dembinsky, Y., Kotler, M. & Dannon, P.N. (2008). Pathological gambling: an update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. *CNS Drugs*, 22(5), 123-138.
- Ibáñez, A. & Saiz, J. (2001). *La ludopatía: una «nueva» enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 11-22.
- Irurita, I. M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para de droga de la Junta de Andalucía.
- Jacques, C. & Ladouceur, R. (2006). A Prospective study of the impact of opening a casino on gambling behaviours: 2- and 4- year follow-ups. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (12) ,764-773.
- Jacobs, D.F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- Jacobs, D.F. (2000). Juvenile gambling in North America: an analysis of long term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, 16 (23) ,119-152.
- Kausch, O. (2003). Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse & Treatment*, 4, 263-270.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A. & Winters, K. C. (2008). DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-1360. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2293303/>
- Kessler, R., Hwang, I., La Brie, R., Petukhova, M., Sampson, N., Winters, K. & Shaffer, H. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological*

- Medicine., 38 (9), 1351-1360. doi: 10.1017/S00033291708002900
- King, S., Abrams, K. & Wilkinson, T. (2010). Personality, gender, and family History in the prediction of college gambling. *Journal of Gambling Studies*, 26, (347-359). doi: 10.1007/s 10899-009-9163-7
- Knapp, T. & Lech, B. (1987). Pathological gambling: A review with recommendations. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 9 (1), 21-49.
- Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (2012). DSM-5: how reliable is reliable enough? *American Journal of Psychiatry*, 169, 13-15.
- Labrador, F.J. & Becoña E. (1994). Juego patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- LaBrie, R.A., Shaffer, H.J., LaPlante, D.A., & Wechsler, H. (2003). Correlates of college student gambling in the United States. *Journal of American College Health*, 52, 53-62.
- Ladouceur, R., Mayrand, M. & Tourigny, Y. (1987). Risk taking behavior in gamblers and non gamblers during prolonged exposure. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 115-122.
- Ladouceur, R. (1991) Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). Cognitive perspective on gambling. Dans P. M. Salkovskis (Ed). *Trends in cognitive therapy* (pp. 89-120). Oxford:Wiley
- Legarda, J.J., Babio, R. & Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain), *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H. R. & Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the

- literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- Ligneul, R., Sescousse, G., Barbalat, G., Domenech, P. & Dreher, J. (2013) Shifted risk preferences in pathological gambling. *Pathological Medicine*, 43, 1059-1068. doi: 10.1017/S0033291712001900
- Lobo, D. S., Kennedy, J. L. (2009). Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction*, 104(9), 1454-1465. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02671.x.
- Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2013). Interpersonal guilt in college student pathological gamblers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39(1), 28–32.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: sistematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106 (3), 490-498. doi: 10.1111/j.13600443.2010.03300.x
- Luder, M. & Berchtold, A. (2010). Do youths gamble? You bet! A Swiss population-based study. *Swiss Medical Weekly*, 140, (322-334). doi: 10.4414/smw.2010.13074
- Martens, M., Rocha, L., Cimini, D., Diaz-Myers, A., Rivero, E., & Wilfert, E. (2009). The co-occurrence of alcohol use and gambling activities in first-year college students. *Journal of American College Health*, 57, 597–602.
- Messerlian, C. & Derevensky, J. (2005) Youth gambling: a public health perspective. *Journal of Gambling Issues*, 14 doi: 10.4309/jgi.2005.14.9
- Messerlian, C., Derevensky, J. & Gupta, R. (2005). Youth gambling problems: a public health perspective. *Health Promotion Intenational*, 20 (1), 69-79.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366–372.

- McCormick, R.A. & Ramírez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (ed.), *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Milosevic, A. & Ledgerwood, D.M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Psychology Review*. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.013
- Mishra, S., Lalumiere, L. & Williams, R. (2010). Personality and individual differences. *Elsevier*, 49, 616-621. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.032
- Monaghan, SM & Derevensky, J. (2008). An appraisal of the impact of the depiction of gambling in society on youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6 (4), 537-550. doi: 10.1007/s11469-008-9155-3
- Moore, S. & Ohtsuka, K. (1999). The prediction of gambling behavior and problema gambling from attitudes and perceived norms. *Social, Behavior and Personality*, 27 (5), 455-466.
- Moreno, I., Saiz-Ruiz, J. & López-Ibor Aliño, J. (1996). Serotonin and gambling dependence. *Human Psychopharmacology*, 6, 9-12.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10 (1), 150-159.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2002). A call to action: Changing the culture of drinking at U.S. Colleges. NIH Pub: Author.
- National Research Council (NRC) (1999) *Pathological Gambling: A Critical Review*. National Academy Press, Washington, DC.
- Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Medicine*, 11, 202.
- Netemeyer RG, Burton S, Cole LK, Williamson DA, Zucker N, Bertman L, et al. Characteristics and beliefs associated with probable pathological gambling: a pilot study with implications for the National Gambling Impact and Policy Commission. *Journal of Public Policy & Marketing* 1998; 17(2): 147-160.

- Nower, L., Derevensky, J., & Gupta, R. (2004). The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 49–55.
- Ólason D.T., Skarphedinsson G.A., Jonsdottir J.E., Mikaelsson M. & Gretarsson S.J. (2006b). Prevalence estimates of gambling and problem gambling among 13- to 15-year-old adolescents in Reykjavík: An examination of correlates of problem gambling and different accessibility to electronic gambling machines in Iceland. *Journal of Gambling Issues*, 18, 39–55.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision. Ginebra: Autor.
Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Ortega, P., Vázquez, B. & Reidl, L. (2008). Ludopatía. Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM. 259-254: Autor. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2803/13.pdf>
- Oyebisi, e., Alao, K. & Popoola. B. (2012). Gambling behaviour of university students in South- Western Nigeria. *Ife Psychologia*, 20 (1), 252-262.
- Palumbery, E. & Mannino, G. (2008). Ludopatía, un estudio comparativo realizado en Italia y España. *Humanismo y Trabajo Social*, 7, 155-196. Recuperado de: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1457/Palumberi.pdf?sequence=1>
- Paredes-Arroyo, O. A. (2012). *Mitos y realidades del juego con apuesta en México*. México: Porrúa Hermanos.
- Pérez del Castro, I., Ibáñez, A., Saiz-Ruiz, et al. (1999). Genetic contribution to pathological gambling: Association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected males. *Pharmacogenetics*, 9, 397-400
- Petry, N. & Weinstock, J. (2007). Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health. *The American Journal on Addictions*, 16 (5), 325-330. doi:10.1080/10550490701525673

- Philippe F. & Vallerand R.J. (2007). Prevalence rates of gambling problems in Montreal, Canada: A look at old adults and the role of passion. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 275–283. doi: 10.1007/s10899-006-9038-0
- Phillips, D. (2009). Gender differences in the casino and non-casino gambling behaviour and preferences of college students. En *Gambling and Gender, Men and Women at Play*, (pp.147-162). Phillips, K. & Wilson, V. (Eds.). New York: Peter Lang Publishing, Inc.
- Potenza, M. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions?. *Addiction*. (101), 142-151. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x
- Potenza, M. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of The Royal Society, Biological Sciences*, 363 (1507), 3181-3189. doi:10.1098/rstb.2008.0100
- PricewaterhouseCoopers (2011). Global Gaming Outlook. The casino and online gaming market to 2015.. PwC: Autor.
- Prieto, M. & Cañón, C. (2000). La teoría de las definiciones y el juego patológico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (3), 503-514.
- Ramos-Brieva, J. (2006). Ludopatía: el otro lado del juego. *Indice*. (19), 9-11. Recuperado de <http://www.revistaindice.com/numero19/p9.pdf>
- Reilly, C. & Smith, N. (2013). The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5. *National Center for Responsible Gaming: Autor*. Recuperado de http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsm5_may2013.pdf
- Robert, C. & Botella, C. (1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comp.), *Manual de Psicopatología*, pp. 559-594. Madrid: McGraw-Hill.
- Rosenthal R.J. (1986). The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 108-20.
- Robles, L. & Martínez, J.M. (1999). Análisis de factores de protección y de riesgo

en una muestra de sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas y de sujetos no consumidores habituales de drogas. IV Encuentro Nacional sobre – Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana (Cádiz).

Roy, A., Adinoff, B., Roehrich L., et al. (1988). Pathological gambling. A psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45 (4), 369-73.

Salinas, JM. (2004). Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico. *Salud y Drogas*, 4(2), 35-59.

Sacco, P., Torres, L.R., Cunningham-Williams, R. M., Woods, C. & Unick, G. J. (2011). Differential item functioning of pathological gambling criteria: An examination of gender, race/ethnicity, and age. *Journal of Gambling Studies*, 27 (2), 317-330.

Sánchez-Hevrás, E. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastornos Adictivos*, 5 (2), 75-87

Sandoval, J.M. & Richard, M.P. (2008). Casinos: Efectos sociales negativos y ludopatía. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social Cámara de Diputados: Autor. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/dir/dps/DPS-ISS-05-04.pdf>

Sassen, M., Kraus, L. & Buhringer, G. (2011). Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(4): e83-e99. doi: 10.1002/mpr.354

Shaffer, H., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United states and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369–1376.

Samuelson, P. & Nordhaus, W (2006). Economía. 18ª Ed. P.205. McGrawaHill:México Recuperado de http://ecaths1.s3.amazonaws.com/uccuyoeconomia/1_ECONOMIA%20SAMUELSON%20NORDHAUS%20edi%2018..pdf

Secades, R. & Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Secretaría de Gobernación, en prensa 19 junio 2010. Terra. Juan Bosco.
 Recuperado de <http://noticias.terra.com.mx/mexico/politica/pierde-segob-antes-la-industria-del-juego-y-casinos-ilegales,a1597e40b62df310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>
- Secretaría de Salud (SSA). 2013. *Consideraciones generales hacia la prevención y la atención del juego patológico en México*: Autor.
- Selzer, J. (1992). Borderline omnipotence in pathological gambling. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6 (4), 215-218.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1376
- Shaffer, H. J., & Hall, M. N. (2001). Updating and refining meta-analytic prevalence estimates of disordered gambling behavior in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92 (3), 168-172
- Shead, N., Walsh, K., Taylor, A., Derevensky, J. & Gupta, R. (2009). Youth gambling prevention: Can public service announcements featuring celebrity spokespersons be effective?. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 9, 165-179. doi 10.1007/s 11469-009-9260-y
- Szyf, M., & Bick, J. (2013). DNA methylation: A mechanism for embedding early life experiences in the genome. *Child Development*, 84, 49-57.
- Wakefield, J. C., y First, M.B. (2012). Does the empirical evidence support the proposal to eliminate the major depression “bereavement exclusion” in DSM-5? *World Psychiatry*, 11, 3-10.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: MacMillan
- Slutske, W. S., Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 263-274.
- Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., Martin, N. G. (2010). Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Archives of general psychiatry*, 67(6), 624-630. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.51.

- Sommer, I. (1988). Pathological gambling estimating prevalence and group characteristics. *The International Journal of the Addictions*, 23(5), 477-490.
- Splevins, K., Mireskandari, S., Calyton, K. & Blaszczyński, A. (2010). Prevalence of adolescent problem gambling, related harms and help-seeking behaviours among an Australian population. *Journal of Gambling Studies*, 26, 189-204.
- Stinchfield, R., Hanson, W. & Holson, D. (2006). Problem and pathological gambling among college students. *Wiley InterScience*, 113, 63-72.
doi:10.1002/ss196
- Stucki S, Rihs-Middel M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3): 245-257.
- Thomas, S. (2014). Problem gambling. *Australian Family Physician*, 43(6), 362-364.
- Van Holst, R.J., Van Den Brink, W., Veltman, D.J. & Goudriaan, A.E. (2010). Why gamblers fail to win: a review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34 (1), 87-107.
- Villoria, C. (2003). El juego patológico en los universitarios de la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 14(1), 43-65. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=180617967003>
- Volberg, R.A. & Steadman, H. (1988). Refining prevalence estimate of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145 (4), 502-505.
- Volberg, R. (1998). The evolution of gambling in North America. Keynote Address, Alberta Lotteries and Gaming Summit. Medicine Hat, Alberta.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., & Tidwell, M.C. (2004). Gambling participation and pathology in the United States: A sociodemographic analysis using classification trees. *Addictive Behaviors*, 29, 983-989
- Welte J.W., Barnes G.M., Tidwell M.C. & Hoffman J. H. (2008). The prevalence of

problem gambling among U.S. adolescents and young adults: Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 119–133, doi: 10.1007/s10899-007-9086-0

Wildman, R.W. (1997). *Gambling: An Attempt at an Integration*. Edmonton: Wynne Resources, Inc.

Wilber, M. K., Potenza, M. N. (2006). Adolescent gambling: research and clinical implications. *Psychiatry*, 3(10), 40-48.

ANEXOS

ANEXO 1

Estimado Alumno:

Conscientes de los riesgos a que se está expuesto en una ciudad como la nuestra en donde la disponibilidad de casinos y salas de apuesta, es elevada, pretendemos evaluar la situación que los estudiantes universitarios guardan en relación a la problemática del juego patológico o ludopatía.

El cuestionario que encontrarás a continuación es considerado uno de los instrumentos más confiables en el mundo para detectar este tipo de situaciones.

El formato es muy sencillo de responder, y tiene fines de conocimiento estadístico que nos permitirán en el futuro, procurarte programas dedicados de prevención, atención y/o rehabilitación.

El éxito de este proyecto radica en que lo contestes con total honestidad, para lo cual te garantizamos que los datos recabados son completamente anónimos y la información será recopilada, procesada y resguardada por un organismo social sin fines de lucro que apoyará este esfuerzo innovador.

A t e n t a m e n t e ,

Universidad..... Facultad

Semestre Edad..... Sexo: H..... M..... Fecha____/____/____

Edad Sexo: H M

CUESTIONARIO DE JUEGO DE SOUTH OAKS (SOGS)

Lesieur y Blume. 1987

(VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE ECHEBURÚA, BÁEZ, FERNÁNDEZ MONTALVO Y BÁEZ,
1994)

(VALIDACIÓN AL ESPAÑOL MEXICANO DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE JUGADORES EN
RIESGO, AC, 2013)

1.- Marca con una "X" los juegos has practicado alguna vez en tu vida, con dinero de por medio:

<u>Con dinero de por medio, he apostado en:</u>	Nunca	<u>Menos de una</u> Vez por Semana (Para períodos largos)	<u>Más de</u> una Vez por Semana
Cartas			
Caballos, perros, gallos.			
Deportes			
Dados			
Casino (legítimo o no)			
Lotería Nacional, Pronósticos, Me Late, Raspaditos, Etc.			
Bingo			
Maquinitas			
Lotería Mexicana (El Catrín, Tambor, Jaras)			
Internet			

2.- ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que has gastado en jugar un solo día?

	Nunca he jugado por dinero		Entre mil y 5 mil pesos
	Menos de 500 pesos		Entre 5 mil y 10 mil pesos
	Entre 500 y mil pesos		Más de 10 mil pesos

3.- ¿Quién de las siguientes personas cercanas a ti, tiene o a tenido un problema de juego?

	Nadie		Mi cónyuge o pareja
	Mi padre		Mi hijo/a
	Mi madre		Mi abuelo/a
	Mi hermano/a		Alguien importante para mí
	Otro familiar		

4.- Cuando juegas dinero, ¿con qué frecuencia vuelves otra vez para recuperar lo perdido?

	Nunca		La mayoría de las veces
	Algunas veces		Siempre que pierdo

5.- ¿Has afirmado alguna vez haber ganado dinero en el juego, cuando en realidad habías perdido?

	Nunca		La mayoría de las veces
	Algunas veces		Siempre que pierdo

6.- ¿Crees que tienes o has tenido alguna vez problemas con el juego?

	No		Ahora sí
	Ahora no, pero en el pasado sí.		No sé

	SÍ	NO
7.- ¿Has jugado alguna vez más dinero de lo que tenías pensado?		
8.- ¿Te ha criticado la gente por jugar dinero, o te han dicho que tienes o tenías un problema de juego, a pesar de que tú crees que no es cierto?		
9.- ¿Te ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que ocurre cuando juegas?		
10.- ¿Has intentado alguna vez dejar de jugar y no has sido capaz de ello?		
11.- ¿Has ocultado alguna vez a tus papás, pareja, hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero ganado u otros signos de juego?		
12.- ¿Has discutido alguna vez con las personas con que convives sobre la forma de administrar el dinero?		
13.- ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?		
14.- ¿Has pedido dinero prestado a alguien y no le has pagado a causa del juego?		
15.- ¿Has perdido alguna vez tiempo de clase o deberes de la escuela, debido al juego?		

16.- Si has pedido prestado dinero para jugar o pagar sus deudas, ¿ a quién se lo ha pedido o de dónde lo has obtenido? (Señala con una X todas las respuestas que en su caso sean ciertas)

<input type="checkbox"/>	Nunca he pedido dinero para pagar deudas de juego	<input type="checkbox"/>	Del Banco o Cajas de Ahorro
<input type="checkbox"/>	Del dinero para gastos de la casa	<input type="checkbox"/>	De Tarjetas de Crédito
<input type="checkbox"/>	A mi pareja	<input type="checkbox"/>	De Prestamistas o Casas de Empeño
<input type="checkbox"/>	A otros familiares	<input type="checkbox"/>	De Cheques Falsos o Sin Fondos
<input type="checkbox"/>	De la venta de propiedades	<input type="checkbox"/>	De sustracción o robo

17.- ¿Consideras importante la impartición de cursos informativos sobre el tema del juego patológico y cómo enfrentarlo? Si No

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!